Rok III Seria II Kraków Nr 10 (15. V. 1947)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Lekarzy P. P., Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Organ publikacyjny Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych.

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a
Tel. 586-69
Konto P. K. O. Nr IV-310

Prenumerata kwartalna: 600 zł.

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: dr B. Giędosz

TREŚĆ:

Rok III Seria II Kraków Nr 10 (15. V. 1947).

PRZEGLĄD LEKARSKI

Śp.

Dr JAN KAZIMIERZ GOŁĄB

Coraz to więcej kolegów, miłych druhów, odchodzi na „tamten brzeg", na drugą stronę szerokiej rzeki zapomnienia. A są wśród nich tacy, z którymi rozstać się trudno, których chciałoby się zatrzymać, a jeśli to niemożliwe, bodaj w pamięci zachować jak najdłużej.



Do takich nieodżałowanych kolegów należy ś. p. Dr Jan Kazimierz G o ł ą b, zmarły prezes Izby Lekarskiej, który odszedł od nas dnia 18 kwietnia b. r.; człowiek rzadki, osobistość bardzo ciekawa, kolega i przyjaciel nie do zastąpienia. Urodzony w roku 1889 w Myślenicach z rodziców inteligentów wysokiej miary, uczęszczał do gimnazjum w Tarnowie. A l m a M a t e r J a g e l l o n i c a obdarzyła go tytułem doktora wszech nauk lekarskich.

Romantyk z krwi i kości, wyrosły w kulcie Żeromskiego i nie rozstający się z nim do końca życia, wstępuje w r. 1910 do Związku Strzeleckiego, by w r. 1914 wyruszyć w pole najpierw jako komendant patrolu sanitarnego, potem lekarz 5-go batalionu, a wreszcie lekarz 1-go pułku ułanów. W r. 1917 odmawia złożenia przysięgi „beselerowskiej" na wierność i zostaje przymusowo wcielony do armii austriackiej z tajnym dopiskiem p. v. (politisch verdächtig), by w końcu po rozpadnięciu się monarchii austriackiej wstąpić znów do wojska, ale tym razem już na zawsze polskiego. Odznaka za wierną służbę I. Brygady, 3-krotnie Krzyż Walecznych, Krzyż Niepodległości i wreszcie Złoty Krzyż Zasługi — oto zewnętrzne dowody uznania ze strony Państwa.

Rok 1922 przynosi zasadniczą zmianę w jego życiu; składa mundur, wraca do swojego zawodu, do medycyny. Zostaje sekundariuszem na oddziele chorób dzieci w Szpitalu św. Ludwika, by poświęcić się odtąd drugiej swojej miłości — dzieciom. Od r. 1930, kiedy zostaje ordynatorem Szpitala św. Ludwika, robi wszystko, co w jego mocy, by dziecku, choremu dziecku, które powierzone zostało jego pieczy, ulżyć, ułatwić przetrwanie choroby, umożliwić jak najszybszy powrót do zdrowia. Rozbudowa werand w szpitalu, stworzenie ogrodu dla dzieci, polepszenie odżywiania małych pacjentów, staranie się o leki, choćby spoza niezawsze dostatecznie zaopatrzonej apteki szpitalnej — wszystko to stanowi, poza samą opieką lekarską, stałą troskę prymariusza G o ł ą b a. Dziecko jest jedynym władcą na oddziele, ordynator i cała obsada lekarska są na jego usługi. Jeśli matka życzy sobie c o n s i l i u m z jakimkolwiek lekarzem spoza oddziału, nie istnieje w sercu Dra G o ł ą b a jakiś sprzeciw, jakaś próżność, jakaś śmieszna ambicja osobista, która by stawiała opór. Wszystko dla dziecka.

Z pracą na oddziele łączy się inna cecha Zmarłego, która nie odstępować go będzie również przez całe życie — troska o los sza-

rego człowieka. Za jego to inicjatywą i staraniem buduje się w Szpitalu św. Ludwika pawilon mieszkalny dla służby, pralnię, kuchnię, wprowadza się w miarę możliwości finansowych wszelakie urządzenia nowoczesne. To właśnie zaobserwowanie w szpitalu obok chorych dzieci także ludzi zdrowych, którzy milczą, choć powinniby w głos krzyczeć z powodu braków i niedomagań, wśród których przyszło im pracować, to wiecznie czujne oko dla ludzkiej nędzy — to nowy rys, to jeszcze jedna pasja lekarza-społecznika.

Z tą pasją nie rozstanie się już Zmarły nigdy. Wszelka krzywda społeczna budzi w tym wrażliwym człowieku z miejsca nieskrępowany niczym odruch, gniew, a nieraz i bunt, który nie cofa się nigdy przed nazwaniem rzeczy dosadnie po imieniu, obojętne wobec kogo, służącego czy ministra. Ta odwaga cywilna, nie mniejsza zapewne od wojskowej, przynosi mu mir niespotykany u swoich i u obcych.

Czynny na terenie Ubezpieczeń Społecznych od r. 1923 zdobywa sobie szybko uznanie u grona oddanych mu niezwykle przyjaciół i zwolenników, a rzadko spotykana uczynność w parze z nieposzlakowaną prawością charakteru wysuwa go na czoło organizacji zawodowej. W roku 1934 obejmuje ster Związku Lekarzy Kas Chorych, który dzierży nieprzerwanie do śmierci, jako niezłomny bojownik w obronie praw lekarzy. Od wielu lat nie było rokowań w sprawie umów z lekarzami, w których zamęcie nie tkwiłby, jak skała niewzruszony, kolega Gołąb. Chory, poważnie chory, wyrywał się z łóżka i jechał na konferencje do Łodzi, do Warszawy, do Katowic, niezmordowany, zaciekły i nieugięty. Nie pomagały prośby rodziny ani zaklęcia leczących go kolegów. Nie mógł znieść myśli, że mógłby być bezczynnym inwalidą.

Ostatnie lata — już po okupacji niemieckiej — postawiły go przed nowym zadaniem. Izba Lekarska w Krakowie, zrujnowana gruntownie przez Niemców, wołała na gwałt o nowego gospodarza. Znalazła go w Zmarłym. W ciężkim trudzie, przy pomocy kilku jednostek, odbudował ją na nowo, uzdrowił finansy, uzupełnił przerzedzony Zarząd i puścił na nowo w ruch nadwątloną maszynę. Stał na jej czele i bronił jej samorządu do ostatnich chwil swego istnienia.

Ale obraz i wspomnienie tego pracowitego i czynnego zawsze żywota nie byłyby całkowite, gdyby pominąć osobowość Zmarłego, z jego wszystkimi zaletami i wadami. Powiedział ktoś, że inteligencję człowieka poznaje się po tym, co wie i czym interesuje się on poza swoim zawodem. Otóż zainteresowania Dra Gołąba nie zamykały się tylko w ramach zawodu. Przeciwnie, rozsadzały go. Interesowało go wszystko, co żyło, co rosło, co budziło się do życia. Nie brakło mu nigdy czasu w tym młynie zajęć, które wypełniały jego płodne życie, na przeczytanie najnowszej powieści, ostatniego tomika poezji, wysłuchanie świeżej sztuki w teatrze. Myślę — a piszę to na podstawie długoletniej, zażyłej znajomości osobistej — że nie było w Krakowie drugiego lekarza, który by tak dobrze, jak on, znał, obcował z poezją i odczuwał poezję polską. Nic, co ludzkie, nie było mu obojętne.

Wszelako nie to było najważniejsze. Zainteresowanie, to jeszcze nie wszystko; na to stać ostatecznie wielu. Najważniejsze, to owa gorącość serca, która rzucała go w wir życia, to ów czynny, namiętny udział we wszystkim, co uważał za słuszne, owa bezkompromisowa gotowość do walki w obronie wszystkiego, co słabsze. A nade wszystko uczynność bezprzykładna. I dobroć...

Ileż to razy kłóciliśmy się z tym drobnym, niepozornym, a jakżeż zadzierżystym, pełnym ironii i kostycznej uszczypliwości człowiekiem! I ileż razy odnajdywaliśmy zawsze drogę do siebie z powrotem, by uścisnąć sobie mocno i serdecznie dłonie! Bo i jakżeż mogło być inaczej, skoro poza tą kolczastą zbroją sarkazmu kryło się i promieniowało na zewnątrz gorące, wierne, pełne dobroci serce kolegi i przyjaciela, jakiego nie było wśród nas drugiego i zapewne tak prędko nie będzie.

Śpij spokojnie, Kolego! Pamiętamy o Tobie i pamiętać będziemy.

Dr Aleksander Ameisen.

W dniu 22 kwietnia 1947 roku na Cmentarzu Rakowickim w Krakowie złożono na wieczny spoczynek zwłoki ś. p. Dra Jana Gołąba.

Wiele przemówień nad mogiłą scharakteryzowało działalność tego człowieka, który wielu sprawom tak dobrze służył i dobrą po sobie pamięć zostawił. Nie brakło Go i w pracy dla „Przeglądu Lekarskiego". Dlatego tym bardziej odczuliśmy tę dotkliwą i bolesną stratę; straciliśmy bowiem niezwykle gorącego orędownika swego, bardzo oddanego, żywo się zawsze interesującego sprawami „Przeglądu Lekarskiego" członka Komitetu Redakcyjnego.

Kornie chylimy czoła przed wizją Jego postaci i hołd cieniom Zmarłego składamy, przyrzekając trwałą Mu wdzięczność i wieczną o Nim pamięć.

Redakcja.

Prof. Dr med. WITOLD ORŁOWSKI Warszawa

Rozszerzenie tętniakowate lewego przedsionka serca.

(Dilatatio atrii sinistri cordis aneurysmatica [1])

O k r e ś l e n i e. Mianem „rozszerzenie tętniakowe lewego przedsionka" nazywamy chorobę, której znamienne cechy stanowią:

1) nadmierne rozciągnięcie lewego przedsionka, zwłaszcza w kierunku poprzecznym (prawo-lewym), tak iż jego pojemność wynoszącą w zwykłych warunkach średnio 30 ml dochodzi do 500—700 ml, a może przekraczać nawet jeden litr;
2) rozlane zmiany zwyradniające i włókniste, usadowione wybiórczo w warstwie mięsnej przedsionka:
3) niedomykalność zastawki dwudzielnej bez zwężenia lewego ujścia żylnego albo ze zwężeniem bardzo nieznacznym.

Nie jest to zatem rozszerzenie lewego przedsionka towarzyszące wadom zastawki dwudzielnej, zwłaszcza zwężeniu lewego ujścia żylnego, w którym pojemność przedsionka zwiększając się może dochodzić do 100—150 ml, wyjątkowo do 200 ml, i przedsionek rozszerza się w kierunku śródpiersia tylnego.

A n a t o m i a p a t o l o g i c z n a. Już po otwarciu klatki piersiowej uderza ogromny rozmiar worka osierdziowego, który zajmuje całą dolną część klatki piersiowej, czasami od jednej linii pachowej do drugiej, odsuwając płuco ku górze. Po otwarciu worka stwierdza się, że jest on całkowicie zajęty przez serce. Obie blaszki osierdzia są z sobą zrosłe na tylnej powierzchni serca, zwłaszcza w prawej części, szczególnie zaś na prawym brzegu, gdzie stwierdza się także zrosty z prawą opłucną śródpiersiową. Samo serce ma kształt trójkąta, którego podstawę stanowi prawy brzeg, wytworzony całkowicie lub przeważnie przez lewy przedsionek, a wierzchołkiem jest koniuszek, zepchnięty ku dołowi i w lewo.

Ściana lewego przedsionka w przeważnej większości przypadków jest ścieńczała, bardzo rzadko zgrubiała. W jej warstwie mięsnej stwierdza się zmiany zwyradniające z następowym zwłóknieniem, wskutek czego warstwa ta jest zawsze cieńsza niż zwykle albo wcale jej nie ma. Płatki zastawki dwudzielnej stwardniałe, o brzegach zgrubiałych, nie odgradzają całkowicie w okresie skurczu komory od przedsionka. Ujście przedsionkowo-komorowe lewe niekiedy jest zwężone, lecz bardzo nieznacznie.

W y w ó d c h o r o b o w y. Choroba powstaje, gdy zakażenie gośćcowe, prócz niedomykalności zastawki dwudzielnej, wywoła w mięśniu lewego przedsionka rozlane zmiany zwyradniające z zejściem w zwłóknienie, wskutek których fala krwi wracająca w okresie skurczu do przedsionka, uderzając w mniej oporną prawą górną jego część, rozciąga go coraz bardziej.

O b j a w y. Pomimo dużych rozmiarów lewego przedsionka i rozlanych zmian w jego warstwie mięsnej, choroba może nie sprawiać żadnych dolegliwości albo przypadłości są tak słabe, że chory nie szuka porady lekarskiej, a wtedy chorobę rozpoznaje się przypadkowo podczas badania rentgenowskiego albo dopiero podczas badania zwłok.

Najznamienniejszy o b j a w p o d m i o t o w y, chociaż niestały, stanowi k ł u c i e p o d p r a w ą ł o p a t k ą, niekiedy w prawej okolicy pachowej. Pojawia się ono nagle, bez zwiastunów, podczas wysiłków fizycznych, nawet czasami niedużych, spożywania pokarmów, ucisku na prawy nerw przeponowy itd. Ból kłujący może rozchodzić się we wszystkich kierunkach, nie przekracza wszakże prawej połowy klatki piersiowej, może być bardzo silny, nawet nieznośny, jest oporny na azotyny, naparstnicę i zabiegi miejscowe, np. bańki, ustępuje natomiast z zaprzestaniem ruchu, usunięciem przeładowania przewodu pokarmowego, słowem z usunięciem tych czynników, które go wywołują. Przyczyna tych bólów dotychczas nie jest wyjaśniona,

Dość często chorzy uskarżają się także na u t r u d n i e n i e p o ł y k a n i a (d y s p h a g i a), zwłaszcza pokarmów stałych. Objaw ten zależy od ucisku przełyku przez rozszerzony przedsionek. Dość często bywa duszność, lecz nieznaczna, mimo dużych rozmiarów przedsionka.

Oglądaniem stwierdza się s i n i c ę powłok zewnętrznych, która bywa zwykle znaczniejsza niż w pospolitych wadach zastawki dwudzielnej. U d e r z e n i e k o n i u s z k o w e jest przeważnie dość silne i przesunięte w lewo i ku dołowi, często aż do VII międzyżebrza i do lewej przedniej linii pachowej. Niekiedy w jego okolicy wyczuwa się mruk koci. Prócz uderzenia koniuszkowego, stwierdza się równoczesne z nim t ę t n i e n i e p o d p r a w y m s u t k i e m sięgające czasami aż do prawej linii pachowej. Bywa ono w tych przypadkach, w których nadmiernie rozszerzony lewy przedsionek styka się z przednią ścianą klatki piersiowej bezpośrednio albo za pośrednictwem cienkiej warstwy uciśniętego płuca.

S t ł u m i e n i e s e r c o w e b e z w z g l ę d n e jest znacznie powiększone, zwłaszcza w prawo. Osłuchowo stwierdza się s z m e r s k u r c z o w y, który udziela się bardzo często daleko, zwłaszcza wzdłuż kręgosłupa, zależnie od bezpośredniego prawie stykania się

[1]) Rozdział z podręcznika pt.: *„Nauka o chorobach wewnętrznych"*, tom I: *Narząd krążenia*.

z nim dużego przedsionka. Rozchodząc się wzdłuż kręgosłupa ku górze szmer może dochodzić do szczytu czaszki, a ku dołowi do kostek, a nawet do pięt. Najgłośniej słychać go bardzo często z tyłu przy kręgosłupie, nadto w okolicy prawego sutka i w prawej pasze. Drugi ton na tętnicy płucnej jest wzmocniony .Czynność serca bywa bardzo często niemiarowa wskutek migotania przedsionków.

Wątroba jest w przeważnej liczbie przypadków powiększona i bolesna, nawet w okresie wydolności krążenia, w płucach natomiast nie słyszy się zwykle objawów przekrwiennych nawet w okresie niewydolności krążenia.

Badaniem rentgenowskim w chorobie dobrze wykształconej stwierdza się w wymiarze strzałkowym ogromny cień serca zajmujący całą dolną część klatki piersiowej, o koniuszku zaokrąglonym, przesuniętym znacznie w lewo i ku dołowi i o prawym brzegu tworzącym łuk regularnie wypukły. W tym jednostajnym rentgenoskopowo cieniu na rentgenogramach widać część przyśrodkową ciemniejszą, której prawa granica idąca pionowo leży o kilka centymetrów bliżej linii środkowej ciała niż prawy brzeg cienia sercowego. Taki podwójny, koncentryczny obrys prawego brzegu cienia zależy od znacznego powiększenia lewego przedsionka. Mianowicie w warunkach prawidłowych prawy brzeg serca jest wytworzony przez prawy przedsionek. Rentgenoskopowo brzeg ten przedstawia się w postaci wypuklenia, skierowanego w prawo, powyżej którego znajduje się cień prawego łuku naczyniowego. Gdy lewy przedsionek powiększając się zaczyna wkraczać na prawy brzeg serca, wtedy prawy brzeg cienia serca składa się z dwóch łuków: górny jest wytworzony przez lewy przedsionek, a dolny przez prawy. W miarę dalszego powiększania się lewego przedsionka łuk górny zwiększa się coraz bardziej kosztem dolnego, aż wreszcie cień prawego przedsionka zlewa się z cieniem lewego i cały prawy brzeg jest już wytworzony przez lewy przedsionek. Teraz część przyśrodkowa cienia będzie ciemniejsza, gdyż odpowiada zlewającym się z sobą cieniom prawego przedsionka i częściowo lewego, a część cienia, wysunięta bardziej w prawo, oddzielona od cienia ciemniejszego wyraźną granicą pionową, odpowiada cieniowi tylko lewego przedsionka.

Prawy brzeg cienia sercowego wyraźnie tętni. Tętnienie to, którego nie bywa tylko bardzo rzadko, zależy od uderzenia o prawą ścianę przedsionka powrotnej fali krwi w czasie skurczu lewej komory. Prawa wnęka płucna jest odsunięta ku górze, tak iż wzajemny stosunek poziomu obu wnęk może stać się odwrotny: prawa wnęka może być wyżej niż lewa.

Po rozmaicie długim okresie bez dolegliwości choroba przechodzi stopniowo w okres niewydolności krążenia, która kładzie kres życiu chorego.

Rozpoznanie .jest bardzo trudne. Tętniakowe rozszerzenie lewego przedsionka naprowadzają na myśl cechujące bóle w prawej połowie klatki piersiowej, niestosunek między nieznaczną dusznością a dużym stłumieniem sercowym, brak objawów przekrwienia biernego i obrzęków, pomimo znacznego stłumienia sercowego i skurczowe tętnienie pod prawym sutkiem obok objawów niedomykalności zastawki dwudzielnej. Stwierdzenie w badaniu rentgenowskim dużego tętniącego cienia serca, wkraczającego do prawej połowy klatki piersiowej, o podwójnym współśrodkowym obrysie w prawej części, potwierdza rozpoznanie.

Rozpoznanie różnicowe. Należy uwzględnić wysiękowe zapalenie osierdzia, serce wole, niedomykalność względną zastawki trójdzielnej w przebiegu niedomykalności zastawki dwudzielnej, tętniaka wstępującej części tętnicy głównej i wysiękowe zapalenie prawej opłucnej.

Od wysiękowego zapalenia osierdzia, które ma z rozszerzeniem tętniakowym lewego przedsionka jako wspólną cechę znaczne powiększenie stłumienia sercowego, można odróżnić omawianą chorobę na podstawie:

1) wyraźnego uderzenia koniuszkowego serca, przesuniętego w lewo i ku dołowi, odpowiadającego swą siedzibą lewej granicy stłumienia sercowego;

2) tętnienia skurczowego pod prawym sutkiem;

3) szmeru skurczowego, udzielającego się na duże przestrzenie wzdłuż kości.

Od puchliny osierdzia odróżnia rozszerzenie tętniakowe lewego przedsionka brak przesięków w innych jamach surowiczych oraz brak czynników przyczynowych, wywołujących puchlinę osierdzia, tętnienie pod prawym sutkiem i szmer skurczowy, udzielający się daleko.

Od znacznego rozszerzenia serca, tzw. serca wolego da się rozszerzenie tętniakowe lewego przedsionka odróżnić na podstawie wyraźnego uderzenia koniuszkowego, tętnienia pod prawym sutkiem i szmeru skurczowego rozprzestrzeniającego się daleko wzdłuż kości.

Od względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej, wikłającej niedomykalność zastawki dwudzielnej, rozszerzenie tętniakowe lewego przedsionka da się odróżnić na podstawie braku zarówno wybitnych objawów przekrwień biernych w narządach, jak i obrzęków, pomimo dużych rozmiarów stłumienia sercowego.

Od tętniaka wstępującej części tętnicy głównej tętniakowe rozszerzenie lewego przedsionka można odróżnić na podstawie obecności niedomykalności zastawki dwudzielnej, z którą tętniaki tętnicy głównej kojarzą się bardzo rzadko.

Powiększenie stłumienia sercowego także ku górze, tętnienie pod prawym sutkiem i szmer skurczowy dają możność uniknąć mylnego rozpoznania prawostronnego zapalenia opłucnej.

Różnicując wyżej przytoczone choroby, należy mieć także na względzie, że w przypadkach tętniakowego rozszerzenia lewego przedsionka stwierdza się zawsze objawy niedomykalności zastawki dwudzielnej, a w obrazie rentgenowskim tętnienie prawego brzegu cienia sercowego oraz podwójny, współśrodkowy obrys prawej części cienia.

Rokowanie oraz leczenie opiera się na zasadach, którymi się kierujemy w rokowaniu i leczeniu wad serca.

Prof. Dr STANISŁAW LEGEŻYŃSKI Kraków

Opis i analiza epidemii wodnej czerwonkowo-durowej

(Wilno 1941)

Dwie przesłanki zachęciły mnie do opisania i zanalizowania epidemii czerwonkowo-durowej, którą przeżyło Wilno w 1941 roku, pierwsza to rzadko spotykana równoczesność czerwonki i duru brzusznego, wyraźnie wskazująca na wspólne źródło epidemii, jak też i jej nasilenie, niespotykane dotychczas w piśmiennictwie polskim, — a druga, to dość wyraźnie dający się — zdaniem moim — zaobserwować związek epidemii z wodą, jako głównym czynnikiem jej rozprzestrzenienia, związek jak wiadomo poddany w wątpliwość przez szereg epidemiologów (Wolter, Kostrzewski).

Po obfitej w opady zimie 1940/41 wezbrały wraz z tajaniem śniegów i lodu obie rzeki wileńskie. Pierwsza (około 1. IV) Wilenka, niewielki dopływ Wilii wpadający do niej prawie w środku miasta, następnie (6. IV) Wilia, która osiąga poziom najwyższy 20. IV. Wody Wilii powracają do normalnego poziomu 3. V. (patrz tablica I). Na kilka dni przed osiągnięciem najwyższego poziomu, wody obu rzek wystąpiły z brzegu i zalały tereny położone u zbiegu tych rzek, tereny na których znajdują się studnie artezyjskie, dostarczające wodę dla wodociągu miejskiego.

W tym też czasie woda wodociągu, dotychczas nienaganna pod względem higienicznym, jak widać z wykresu nie wykazująca z reguły pałeczki okrężnicy w 100 cm^3 wody badanej — daje pierwszy sygnał niebezpieczeństwa. 19. IV. stwierdzono pałeczki okrężnicy w 50 cm^3, 21. IV. już w 10 cm^3, następnego dnia w 1 cm^3, wreszcie 23. IV. w 0.5 cm^3. Poprawa miana okrężnicowego rozpoczyna się od 28. IV., w którym to dniu rozpoczyna się chlorowanie wody. Od dnia 6. V. nie można znów stwierdzić pał. okrężnicy w 100 cm^3 wody. Woda w okresie zanieczyszczenia ma nawet smak i zapach zepsuty.

Epidemia, która wybuchła 23. kwietnia 1941 dała trzy odrębne typy zachorowań. Jako fala pierwsza poprzedzająca czerwonkę i dur brzuszny występują masowe (około 1000 przypadków dziennie) nieżyty jelitowe (enterocolitis), podobne do tych, które czy to w Hannowerze w 1926 roku, czy w tymże roku w Rostowie poprzedziły wodne epidemie duru brzusznego. Zachorowania te, o lekkich, 1—2 dniowych objawach nudności, wymiotów i biegunki, bez zejść śmiertelnych, utrzymują się w silniejszym nasileniu przez dwa tygodnie, ilość ich następnie stopniowo się zmniejsza. Ogółem zgłoszono 16.200 przypadków nieżytu jelitowego, olbrzymia jednak ilość ich nie została statystycznie ujęta ze względu na lekki przebieg choroby. Epidemiolodzy obliczają, że około 20% całej ludności Wilna, a więc około 40.000 osób uległo temu schorzeniu.

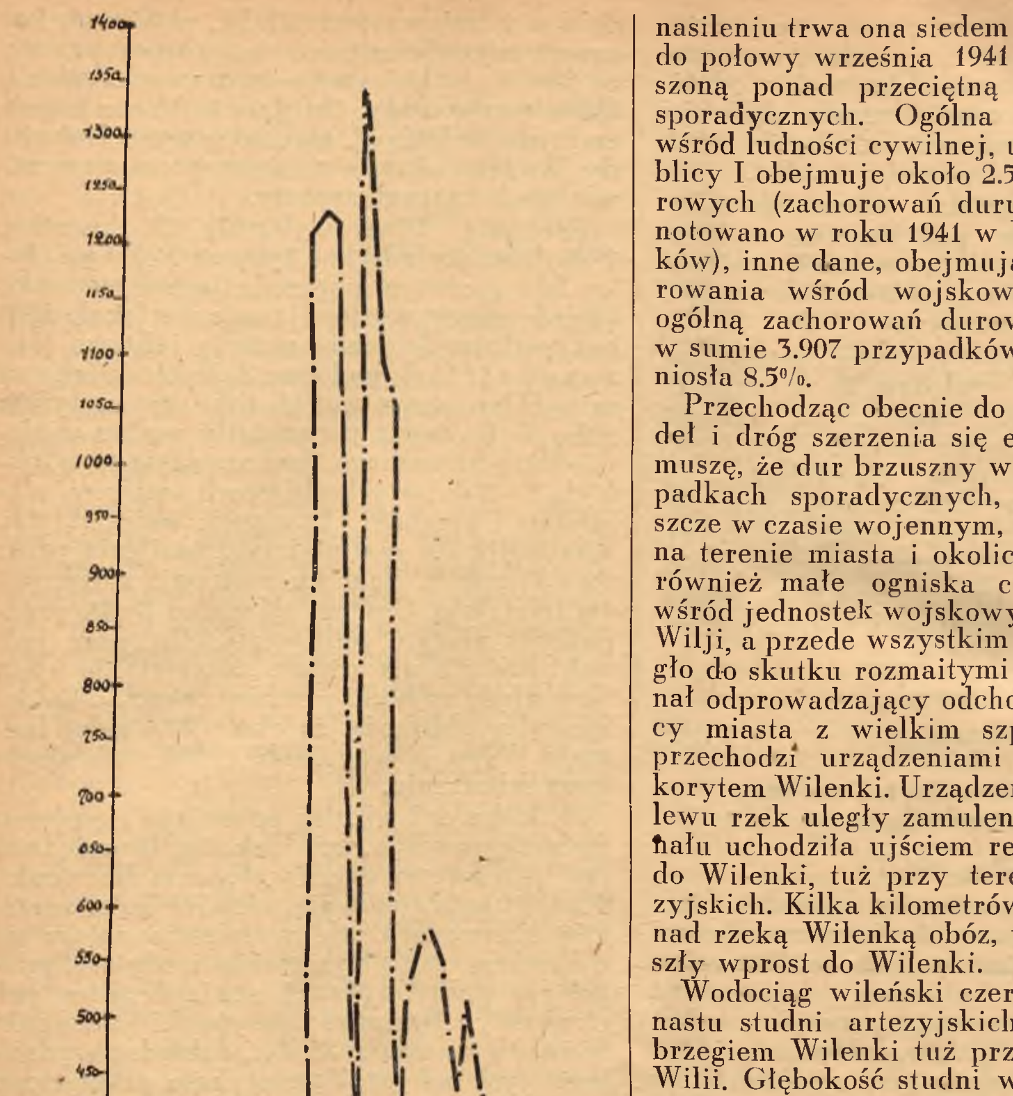
W kilka dni później pojawiają się pierwsze zachorowania czerwonkowe. Uwzględniając 3—4 dniowy okres wylęgania czerwonki, moment pojawienia się wielkiej ilości zarazków czerwonkowych w mieście zbiega się z okresem zanieczyszczenia wody wodociągowej, sygnalizowanej stwierdzeniem pał. okrężnicy. Pierwsze przypadki czerwonki zostają rozpoznane 25. IV., dokładne wydzielenie tych schorzeń napotykało praktycznie na największe trudności, ponieważ określano je początkowo, a może i później, jako cięższą postać nieżytu, mieszając je w statystykach z poprzednim schorzeniem. Tak jednak obraz kliniczny, naogół zresztą lekki, ale charakteryzujący się kilkudniowymi wypróżnieniami śluzowo-krwawymi, jak i badania bakteriologiczne pozwoliły na rozpoznanie czerwonki wywołanej pałeczką czerwonki (Bact. dysenteriae) z grupy Flexnera, typu Y (Hiss-Russel), według podziału Krusego jakoteż według podziału Kuryłowicza-Ślopka typu D. Zgłoszono około 2.000 przypadków czerwonki, śmiertelność wynosiła 2.2%.

Wreszcie jako trzecia fala zachorowań to epidemia duru brzusznego. Uwzględniając 14—17 dniowy okres wylęgania, znowu wracamy do krytycznego dnia 20. kwietnia 1941 w którym więc wszystkie trzy czynniki chorobotwórcze rozniesione zostały w wielkiej masie na terenie Wilna, a który to moment sygnalizowało gwałtowne pogorszenie się miana okrężnicowego w wodzie wodociągowej wileńskiej. Przebieg epidemii widoczny jest z tablicy I, podkreślam tylko, że szczyt epidemii (130 zgłoszeń) był 18 maja, w silnym

nasileniu trwa ona siedem tygodni, jednak aż do połowy września 1941 notuje się zwiększoną ponad przeciętną ilość przypadków sporadycznych. Ogólna ilość zachorowań wśród ludności cywilnej, uwidoczniona w tablicy I obejmuje około 2.500 zachorowań durowych (zachorowań duru rzekomego B zanotowano w roku 1941 w Wilnie 82 przypadków), inne dane, obejmujące również zachorowania wśród wojskowych, podają ilość ogólną zachorowań durowych w roku 1941 w sumie 3.907 przypadków. Śmiertelność wyniosła 8.5%.

Przechodząc obecnie do zanalizowania źródeł i dróg szerzenia się epidemii stwierdzić muszę, że dur brzuszny w dość licznych wypadkach sporadycznych, zwiększonych jeszcze w czasie wojennym, utrzymuje się stale na terenie miasta i okolicy. Zaobserwowano również małe ogniska czerwonki, głównie wśród jednostek wojskowych. Zakażenie wód Wilji, a przede wszystkim Wilenki dojść mogło do skutku rozmaitymi drogami. I tak kanał odprowadzający odchody jednej dzielnicy miasta z wielkim szpitalem (Antokol) przechodzi urządzeniami syfonowymi pod korytem Wilenki. Urządzenia te wskutek wylewu rzek uległy zamuleniu a cała treść kanału uchodziła ujściem rezerwowym wprost do Wilenki, tuż przy terenach studni artezyjskich. Kilka kilometrów w górę rzeki stał nad rzeką Wilenką obóz, wszystkie odchody szły wprost do Wilenki.

Wodociąg wileński czerpie wodę z kilkunastu studni artezyjskich, położonych nad brzegiem Wilenki tuż przed jej ujściem do Wilii. Głębokość studni wynosi 42 i 120 m, woda z nich jest pod względem higienicznym bez zarzutu, do 28. IV. nie podlegała chlorowaniu. Najprawdopodobniejsza droga zakażenia studzień zakażonymi wodami wezbranej Wilenki i Wilii jest następująca. Każda rura studzienna ujęta jest na powierzchni w betonową studzienkę, mającą ją chronić przed zanieczyszczeniem z zewnątrz. Każda studzienka posiadała w najniższym swym po-



Trzy krzywe powyżej linii zerowej oznaczają każdodzienną ilość zachorowań: nieżytów jelitowych —.—.—; czerwonkowych .....; durowych ————. Miejsce zacienione u dołu tablicy określa czas wylewu rzeki Wilji, wierzchołek trójkąta to dzień najwyższego stanu wody w rzece. Linia u dołu tablicy przerywana kropkami przedstawia kolejne zmiany w mianie okrężnicowym wody wodociągowej, wysokość miana okrężnicy odczytać można z podziałki na lewym brzegu dolnej części tablicy. Kreska pionowa przerywana kropkami w dniu 28 kwietnia 1941 oznacza pierwszy dzień chlorowania wody wodociągowej.

ziomie boczny kanalik odpływowy prowadzący do Wilenki, a mający na celu odprowadzanie ze studzienki wód deszczowych czy śniegowych. Te też kanaliki doprowadziły przy wyższym ponad poziom studzienek stanie wód Wilenki i Wilii wodę rzeczną do studzienek betonowych. Wprawdzie rury studzienne winne być ściśle ujęte i zabezpieczone betonowym dnem studzienki, ale rura ulegając stałym wstrząsom pracujących motorów pomp tworzyła dookoła siebie luźną przestrzeń, niedokładnie uszczelnioną czystym piaskiem. Tą drogą wody powierzchniowe przedostawały się w głąb studni i ulegały wessaniu czy to przez uszkodzenia w rurze, czy też od jej dolnego otworu i dostały się do sieci wodociągowej na mieście.

Ani pałeczek durowych ani czerwonkowych nie wykazano w wodzie wodociągowej. Ale też — prawdę mówiąc — nie szukano ich wtedy, gdy one tam były, t. j. na kilka dni przed pojawieniem się pierwszych zachorowań czerwonkowych. Natomiast udało się wyhodować pałeczkę durową metodą zagęszczania na sączkach kolodionowych z wody Wilenki. Nie należy jednak tak sprawy stawiać, jakoby wszystkie przypadki zachorowań w czasie epidemii wodnej dochodziły do skutku przez spożycie wody. Woda w t. zw. epidemii wodnej jest najprawdopodobniej zupełnie krótko pełna drobnoustrojów, w epidemii wileńskiej już od 24. IV., a więc na jakie 10 dni przed początkiem epidemii durowej, woda jest chlorowaną. a więc praktycznie wolna od drobnoustrojów, ale to nie powstrzymało wybuchu epidemii. Woda wodociągowa spowodowała nagłe i bardzo wybitne zaburzenie równowagi między zarazkami i zespołem jednostek wrażliwych na zakażenie na danym terenie, wysiewając olbrzymią ilość zarazków w całym mieście, to dało charakterystyczny dla wodnych zakażeń gwałtowny początek epidemii, która szła potem już swymi utartymi szlakami (zakażenie wszelakich pokarmów, muchy, nosicielstwo itd.) nie zasilana nowymi falami zarazków z wody wodociągowej. Bardzo podobny przebieg krzywej epidemicznej epidemii wileńskiej 1941 i Rostowskiej 1926, wskazuje na analogiczny typ wodnej epidemii, przy czym w Rostowie zakażenie wodociągu nastąpiło na skutek pęknięcia rury kanałowej.

Pozostaje jeszcze do omówienia etiologia masowych nieżytów jelitowych. Jak dotychczas, istota tych zachorowań jest zupełnie ciemna, badania bakteriologiczne podobnych przypadków i w Hannowerze i w Rostowie (1926) zawsze dawały wyniki ujemne w kierunku pałeczek durowych, rzekomo-durowych i czerwonkowych. Najczęściej spotykamy się z próbą tłumaczenia tych zachorowań zakażeniem (lub też zatruciem) wielką ilością banalnych drobnoustrojów kałowych, jak pałeczki okrężnicy (Bact. coli), pałeczka błękitna (Bact. pyocyaneum), laseczka zgorzeli gazowej (Bac. perfringens) itp. Mógłbym tu dołączyć i paciorkowca kałowego (Streptococcus faecalis), którego odmiana, dająca hemolizę typu alfa znana jest jako przyczyna zakażeń pokarmowych, dając podobne w przebiegu swym objawy nieżytu jelitowego. Każdy z tych drobnoustrojów, — jeśli wogóle zdolny do wywołania zmian chorobowych, — działać musi wielką swą ilością w wodzie, tymczasem silna zapadalność na nieżyty utrzymuje się i wtedy gdy woda jest już dobra. Te momenty epidemiologiczne przemawiałyby zatem przeciw powyższemu tłumaczeniu.

Druga próba wytłumaczenia tych zachorowań, którąbym wysunął, to działanie lekko trujące pewnych produktów rozpadu pałeczek durowych czy czerwonkowych pod działaniem ich fagów. Obserwacje Fejginównej na świnkach stwierdziły, że pewne produkty lizy bakteryjnej są dla świnki morskiej toksyczne, toby może tłumaczyło związek tych nieżytów z później się pojawiającą epidemią durową (dawnej i choleryczną). Analiza epidemiologiczna przemawia jednak podobnie jak w pierwszej próbie tłumaczenia — przeciw tej hipotezie.

I wreszcie trzecia próba wytłumaczenia, to przyjęcie istnienia odrębnego zarazka przesączalnego, obecnego w wodach kanałowych i dającego odrębną epidemię, silnie zakaźną i lekką w objawach, jak to właśnie często bywa w zakażeniach masowych wirusowych. To przypuszczenie poparłoby ostatnie doniesienie badaczy amerykańskich Reimanna, Hodgesa i Price'a o wykryciu wirusu czerwonki, wywołującego lekki przebieg kliniczny tego schorzenia.

PIŚMIENNICTWO

Kacprzak M.: Epidemiologia duru brzusznego. Med. Dośw. i Sp. T. XIV, 3—4, 1932. — Feigin cyt. według Kacprzaka. — Reimann H. A., Hodges J. A., Price A. H.: Science 1946, V. 104 w. 2707 p. 460.

Prof. Dr J. KOSTRZEWSKI Kraków

O durze brzusznym na tle Krakowa i kilku innych miejscowości

(Z Oddziału Zakaźnego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.)

W tym, co dzisiaj piszę, opieram się na treści rozprawek doktorskich: Bilka, Kuchty, Wolframa, Gottlieba, Baranowskiej, Łęczyckiej, jakoteż na rozprawkach, które ogłaszałem bądź sam bądź wspólne z Bilkiem. Powołuję się również na rozprawkę Engelsteina. Ta ostatnia dotyczy błonicy, pozostałe duru brzusznego. Wszystkie opracowano na oddziale zakaźnym Państwowego Szpitala św.

Łazarza w Krakowie. Kiedy w nich chodzi o obraz cierpienia omawianym przedmiotem są chorzy wymienionego oddziału. O przebiegu choroby nie będzie tutaj mowy. Jeśli mimo to wspominam o rozprawkach, które się zajmują objawami duru brzusznego, to czynię to dlatego, ponieważ właśnie zajęcia około tych chorych dały podnietę do opracowania dawniejszych i dzisiejszego doniesienia, co do treści sobie podobnych. W niniejszych wywodach rozpatruję sprawę występowania duru brzusznego w Krakowie i kilku innych miejscowościach. Do opracowania ich posłużyły wydawnictwa i zapiski znajdujące się przede wszystkim w Urzędzie Statystycznym miasta Krakowa. Takowymi rozporządza Urząd Statystyczny, jeśli chodzi o Kraków, od roku 1877. Zrazu dotyczyły tylko zgonów. Stopniowo z biegiem lat zajęto się także zapadalnością, osobno omawiano mężczyzn a osobno kobiety, uwzględniano wiek, zapisywano miesiąc zachorowania, odróżniano chorych miejscowych od dowiezionych z bliższej czy dalszej okolicy. W ten sposób dane dotyczące duru brzusznego zyskiwały stopniowo na dokładności. Od roku 1910 sposób podawania szczegółów, o których mowa, już się nie zmienia. Jest ustalony.

Po tych objaśnieniach przystępuję do rzeczy. Otóż od roku 1877 aż po dziś dzień, a więc w ciągu 69 lat nie było ani jednego roku takiego, by mieszkańcy Krakowa nie chorowali na dur brzuszny. Dur brzuszny jest więc w Krakowie od dawna zadomowiony. A odkąd odpowiednie zapiski istnieją, tzn. od roku 1899, stale powtarza się to samo: więcej osób choruje na dur brzuszny w lecie i w jesieni, aniżeli w zimie i na wiosnę. Wyjątek stanowią lata: 1904, 1910, 1922 i 1943. W ich pierwszej połowie, ilość durowych przekracza liczbę chorujących w drugiej połowie roku. Przewaga na korzyść pierwszego półrocza wynosiła w roku 1904: 8 (56:44), w 1910: 6 (54:48), w 1922: 1 (128:127), a tylko w 1943: 51 osób (241—190). Natomiast we wszystkich innych latach w drugim półroczu chorowało mieszkańców daleko więcej niż w pierwszym. Nieraz 2, 3, 4, 5 a w r. 1942 nawet 8 razy tyle zapadło na dur brzuszny od lipca do grudnia, ile od stycznia do czerwca. Bieg zdarzeń w r. 1904, 1910, 1922 i 1943 wyłamuje się od tego, jaki jest właściwym rok rocznie od lat 57. Ale w tej nieprawidłowości jest pewna prawidłowość. Rok 1904, 1910, 1922 i 1943 następują bezpośrednio po latach o wielkim nasileniu duru brzusznego. Na pierwsze półrocze przeciąga się jeszcze zaraza z ubiegłego roku i dlatego w drugim półroczu nie widać wzmożenia ilości zachorzeń, do którego się jest przyzwyczajonym w tym okresie. Ale poza tymi czterema laty w pierwszych miesiącach roku mniej się spotyka chorych na dur brzuszny niż w miesiącach końcowych.

Bliżej nam rzecz objaśniają średnie miesięczne zachorowań, które podaje W o l f r a m za lata 1910—1933, zaś Ł ę c z y c k a za lata 1934—1945. Otóż z obliczeń W o l f r a m a jakoteż Ł ę c z y c k i e j wynika, że najmniej zachorowań na dur brzuszny przypada na kwiecień, a najwięcej na wrzesień i październik.

Wiadomo, że dur brzuszny jest chorobą dorosłych. Tak jest i w Krakowie. Ale tylko przy całkowitym rozpatrywaniu sprawy. Bo jeśli chodzi o płeć męską, to największy odsetek chorujących wśród niej przypada na będących w wieku 10—19 lat. Głównie więc młodzież zapada na dur brzuszny między osobnikami płci męskiej. Mniej często zapadają dzieci, jakoteż osoby liczące powyżej 40 lat. W czasie od 1910—1945 zachorowania mieszkańców Krakowa przedstawia tab. 1.

Z zestawienia widać, że spośród mężczyzn choruje najwięcej między 10—19 r. życia, kobiety natomiast zapadają na dur brzuszny głównie w wieku 20—29 lat.

Jak gdzie indziej tak i w Krakowie do 1919 r. chorowali częściej mężczyźni niż kobiety. Natomiast od 1920 r. przeciwnie, częściej od mężczyzn, kobiety zapadają na dur brzuszny. Tak się ma sprawa u osób powyżej 20 lat liczących (tab. 2 i 3).

Omawianego stanu rzeczy nie należy brać za wyraz liczebnej przewagi płci żeńskiej nad męską. Nie. On wynika z obliczenia chorujących: mężczyzn do mężczyzn, a kobiet do kobiet. Tym samym nie powyższe zestawienie jest podstawą wniosku, którym się zajmujemy. Ono przecież 1) uwzględnia lata 1910—1919, więc okres, w którym jeszcze więcej chorowało mężczyzn od kobiet. Dalej, ono 2) podaje tylko liczby bezwzględne dotkniętych durem brzusznym. A w ocenie wypadków, których jesteśmy świadkami od dwudziestu kilku lat chodzi, podkreślam to z naciskiem, o stosunek chorujących mężczyzn do mężczyzn i kobiet do kobiet.

Zdaje się, że pierwszy, jeśli nie jedyny jeszcze do niedawna, podnosi W o l f r a m, że na wiosnę choruje więcej mężczyzn a jesienią więcej kobiet. Wykres 4 obrazuje treść omawianego spostrzeżenia.

Ł ę c z y c k a obliczając średnie miesięczne zachorowań na dur brzuszny w Krakowie za lata 1934—1945, stwierdza na wiosnę mniej więcej równą zapadalność wśród jednej i drugiej płci, natomiast jesienią ilość kobiet chorujących przewyższa znacznie liczbę mężczyzn dotkniętych durem brzusznym. Ł ę c z y c k a domyśla się, że różnica między jej a W o l f r a m a zdaniem, spowodowana jest tym, że na czas obliczeń W o l f r a m a przypadają jeszcze lata 1910—1919, w których w ogóle więcej mężczyzn chorowało niż kobiet. Domysł Ł ę c z y c k i e j okazał się słusznym, skoro okres 1910—1933 podzieliła.

Wiek	mężczyzn	kobiet
0 - 9 .... 647 = 9,47 %	345 = 11,55 %	302 = 7,85 %
10 - 19 ....2006 = 29,36 %	1030 = 34,48 %	976 = 25,38 %
20 - 29 ....1978 = 28,95 %	780 = 26,11 %	1198 = 31,16 %
30 - 39 ....1095 = 16,02 %	445 = 14,89 %	650 = 16,30 %
40 - 49 .... 551 = 8,06 %	190 = 6,36 %	361 = 9,39 %
50 - 59 .... 294 = 4,45 %	88 = 2,94 %	206 = 5,36 %
60 - 69 .... 113 = 1,65 %	43 = 1,44 %	70 = 1,82 %
70 i wyżej 31 = 0,45 %	11 = 0,37 %	20 = 0,52 %
6715	2932	3783

Tabela 1

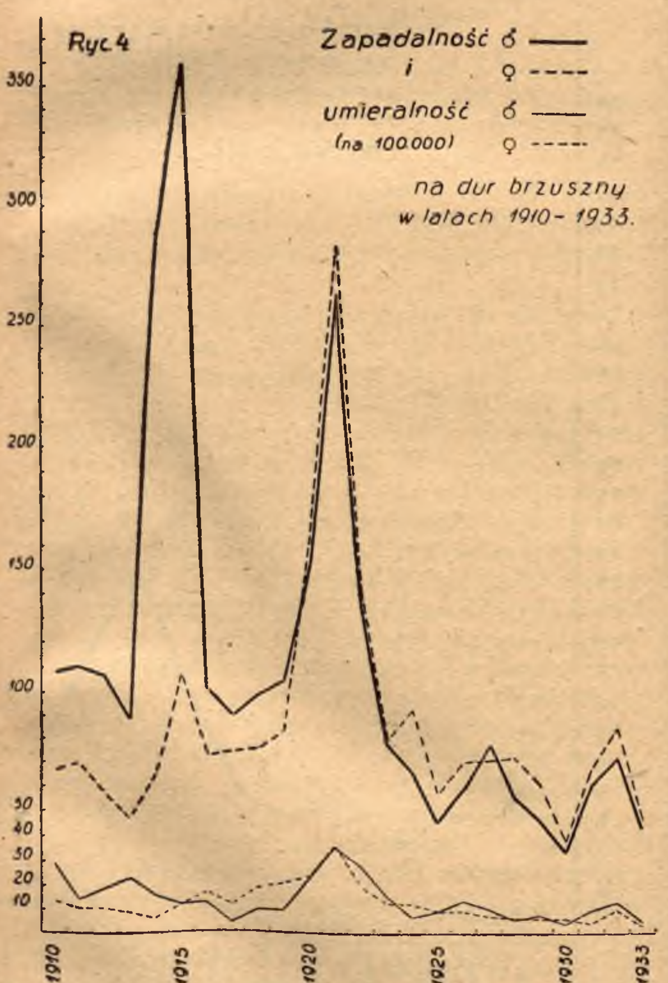


Tabela 2

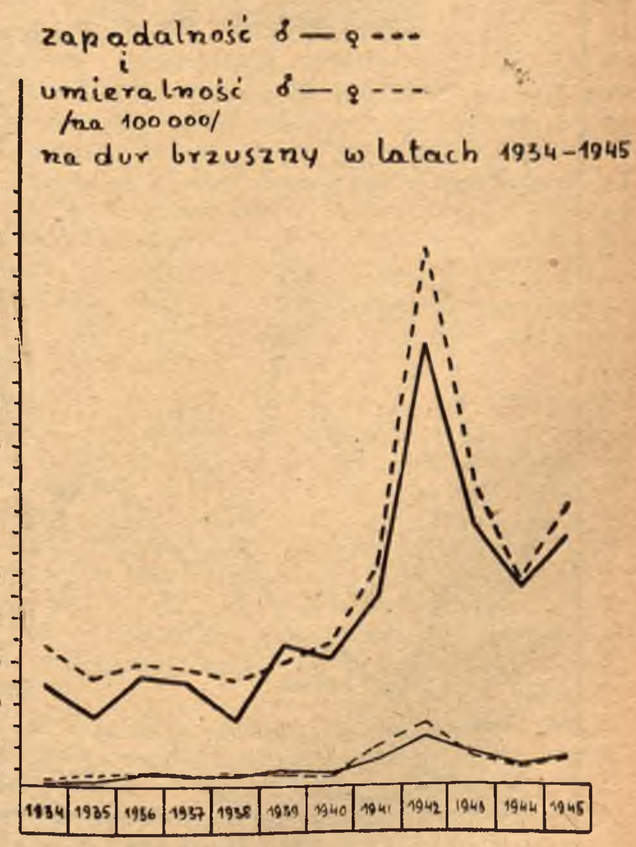


Tabela 3

W latach 1910—1919 cały rok chorowało więcej mężczyzn od kobiet, ale w jesieni przewaga pierwszych nad drugimi była nieznaczna. Natomiast w latach 1920—1933 cały rok przeważały zachorowania wśród kobiet, ale tylko nieznacznie na wiosnę a jesienią była wielka różnica między jedną a drugą płcią na korzyść kobiet. Czyli Wolfram i Łęczycka dochodzą do jednego i tego samego wniosku, mianowicie: na wiosnę głównie mężczyźni, w jesieni natomiast przeważnie kobiety chorują na dur brzuszny (tab. 5, 6, 7).

A zatem na dur brzuszny zapadają: dzieci i młodzież, dorośli i starzy, mężczyźni i kobiety. Ale ulegają mu odmiennie zależnie od wieku, płci i pory roku. Nie wiem, czy jest jaka jednostka chorobowa pod tym względem podobna durowi brzusznemu?

Bo wobec tego, że w okresie zimowo-wiosennym mniej, a w porze letnio-jesiennej więcej osób choruje na dur brzuszny, następnie wobec tego, że co roku na wiosnę mężczyźni, a w jesieni kobiety więcej są skłonne do duru brzusznego, dalej wobec tego, że do roku 1919 stale więcej mężczyzn, a od roku 1920 przeciwnie stale więcej kobiet zapada na dur brzuszny, wobec tego istnieje pewien rytm występowania duru brzusznego. Rytm

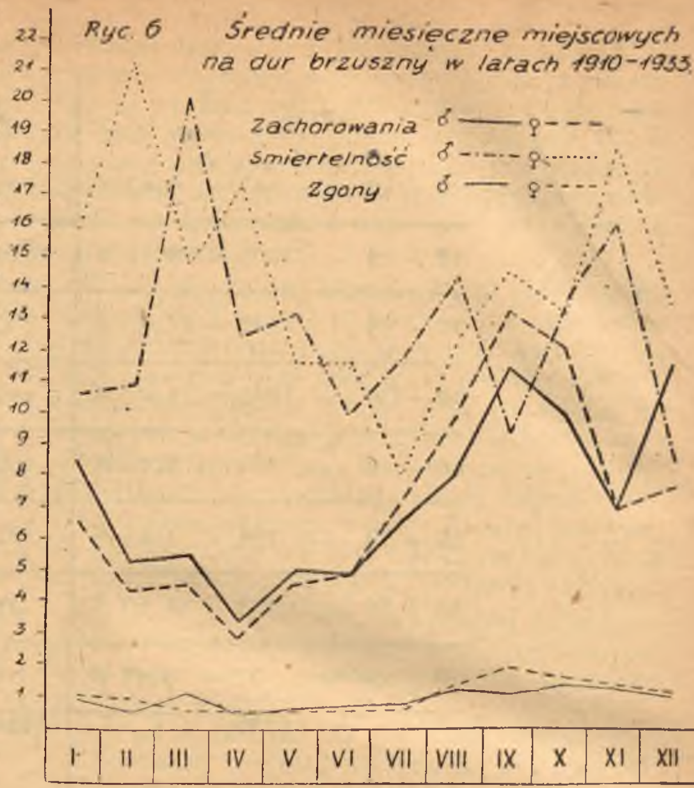


Tabela 4

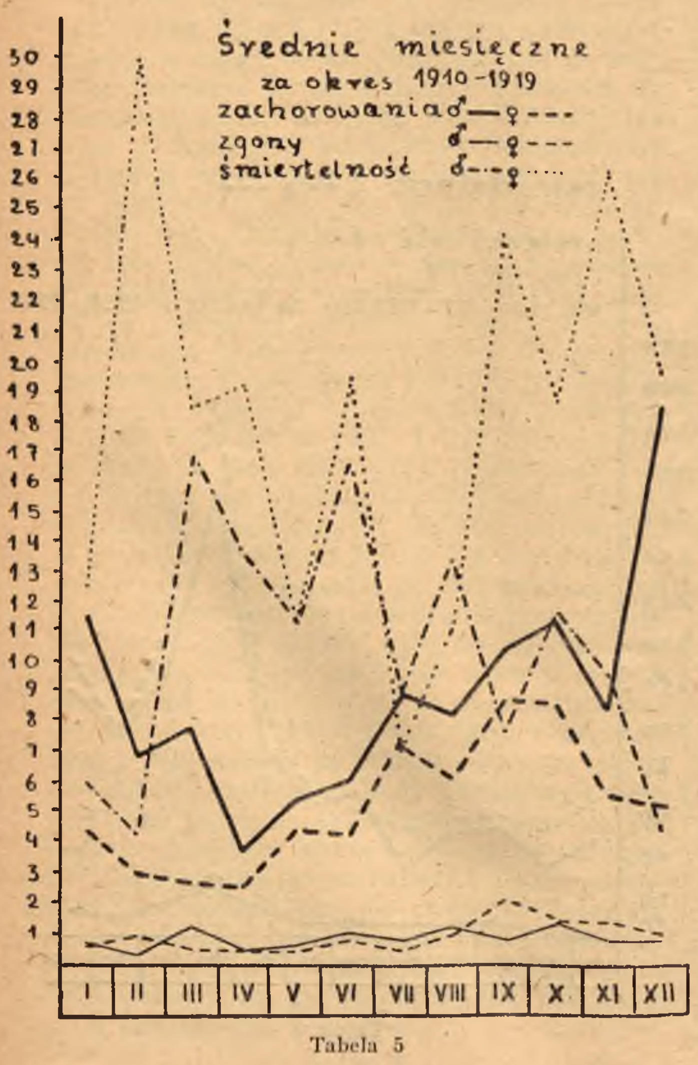


Tabela 5

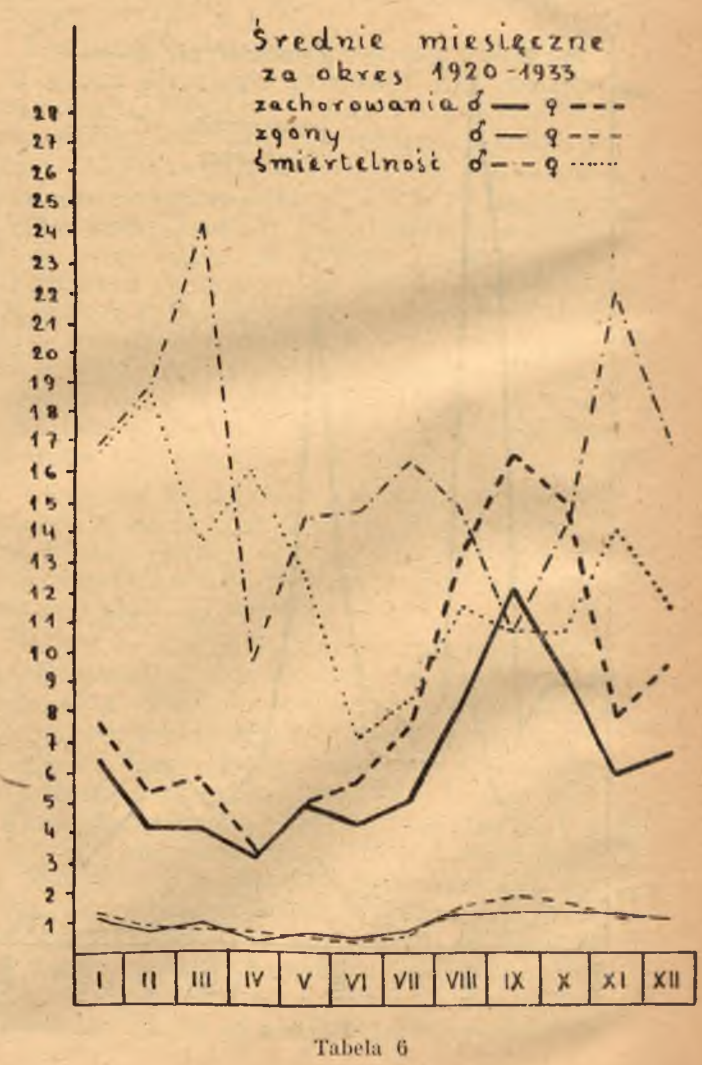


Tabela 6

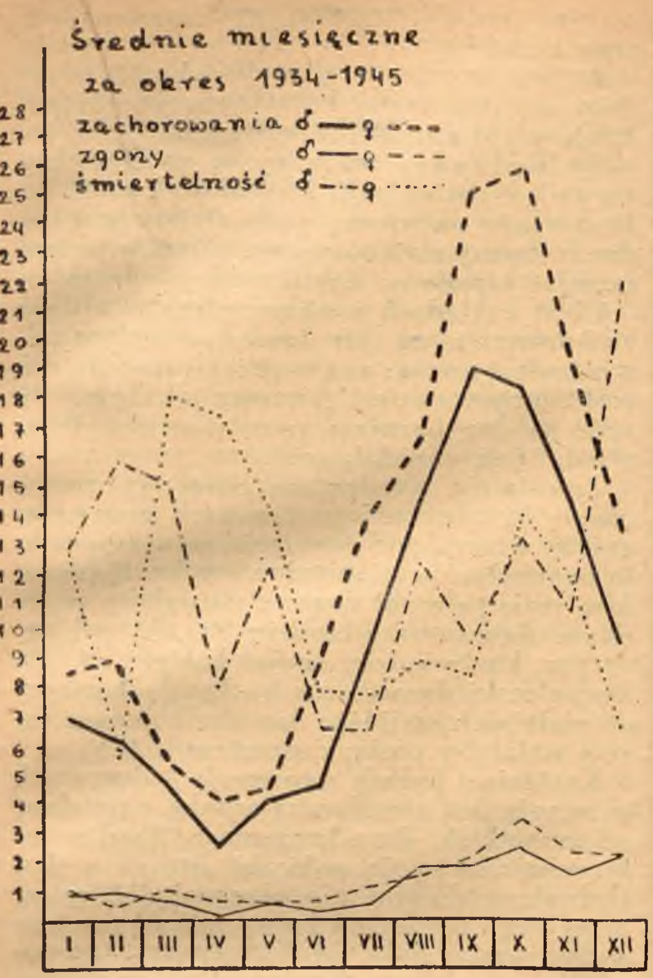


Tabela 7

ten czasami ulega zaburzeniu, ale nie mniej powoduje osobliwie wyglądający obraz utrzymywania się duru brzusznego w Krakowie.

Występowanie duru brzusznego znamionuje okresowość. Ona dotyczy różnych stron choroby, a powtarza się co roku. Dlatego uderza nas swą niezwykłością zjawisko, które w okresie sprawozdawczym zaszło raz tylko jeden, t. zn. z 1919/1920 roku. Wiemy o co chodzi. Stan rzeczy do roku 1919 uważano na związany z pracą zawodową mężczyzny, która go miała w większym stopniu narażać na zakażenie pałeczką duru brzusznego, niż zajęcia domowe kobiet. Od roku 1920 mężczyzna swego sposobu życia nie zmienił, a przecież choruje rzadziej od kobiety. Tym samym domniemana przyczyna okazała się złudną. Wobec tego dziś niektórzy głoszą: Dlatego od roku 1920 chorują częściej kobiety, ponieważ je omijają szczepienia ochronne przeciw durowi brzusznemu, które przechodzą mężczyźni w czasie służby wojskowej. I to tłumaczenie musi upaść wobec spostrzeżeń poczynionych ostatnio w Krakowie. Według Łęczyckiej: wyszczepiono mieszkańców Krakowa w r. 1943: 142,599, a w roku 1944: 49,185. Wprawdzie zapiski nie podają, ile ze szczepionych przypada na kobiety, a ile na mężczyzn, ale przymus szczepienia obowiązywał tak jednych, jak drugich. Nie ma zaś żadnych podstaw do domysłu, by mężczyźni gorliwiej się garnęli do szczepień niż kobiety. Mimo to zapadalność wśród kobiet była większa niż wśród mężczyzn.

Więc gdzie leży przyczyna odwrotnej zapadalności na dur brzuszny wśród mężczyzn i kobiet, która nastała przed 27 laty i do dziś dnia się utrzymuje?

Z pożytkiem będzie przed wydaniem orzeczenia w tej sprawie uprzednio się dowiedzieć o podobnej stronie zagadnienia z zakresu błonicy.

Wiadomą jest rzeczą, że błonica jest przede wszystkim chorobą wieku dziecięcego. Głównie chorują na nią dzieci w wieku od 2—5 lat. W wieku szkolnym zapadalność jest mniejsza. A jeszcze wyraźniej maleje wśród młodzieży dorastającej, nie mówiąc już o dorosłych, którzy im starsi, tym rzadziej dostają błonicy. Tak było przed tym, tak jest i dzisiaj. Ale od r. 1910 między błoniczymi spotyka się znacznie więcej takich, którzy liczą powyżej 5 lat w porównaniu z tym, do czego się przywykło z dawien dawna.

Przełomowe lata dla duru brzusznego i dla błonicy, które podaję, dotyczą Krakowa. Podaję je za Wolframem i za Engelsteinem. Pierwszy zajął się sprawą duru brzusznego w Krakowie w latach 1887—1933. Drugi znowu przedstawił jak się rzecz miała z błonicą w czasie od 1887—1932, także w Krakowie. Engelstein zajmujące nas zagadnienie streszcza w ten sposób: „w latach późniejszych (1910—1932) występuje znacznie większa ilość zachorowań osób w wieku starszym (między 5—20 rokiem życia) niż w latach dawniejszych". Wolfram zaś stosunek zapadalności na dur brzuszny wśród kobiet i mężczyzn przedstawia w powyżej umieszczonej tablicy.

Zmieniona od kilku dziesiątek lat zapadalność na dur brzuszny i na błonicę nie ogranicza się tylko do Krakowa. Ona jest znana także gdzie indziej.

Dlaczego wśród chorujących na błonicę spotyka się obecnie większy odsetek liczących powyżej 5 lat niż dawniej, tego nikt nie rozstrzyga. Ci, którzy piszą w tym przedmiocie przyznają, że sprawa dla nich jest niezrozumiałą. Natomiast wśród dotkniętych durem brzusznym obecną przewagę kobiet nad mężczyznami uważa się — jak to wiemy — za dowód skuteczności szczepień ochronnych. Jak niesłusznie, widać na przykładzie Krakowa.

Zdaniem moim przyczyny zmienionej zapadalności wśród jednej i drugiej płci nie należy szukać w warunkach i okolicznościach zewnętrznych, tylko wypada przyjąć, że z 1919/1920 musiała się dokonać jakaś przemiana w ustroju naszym, w następstwie któ-

rej od dwudziestu kilku lat częściej na dur brzuszny zapada kobieta, niż mężczyzna. Czy stan rzeczy, którego jesteśmy świadkami jest rzeczywiście nowym, czy tylko dla nas nowym? Na to pytanie chcąc odpowiedzieć należałoby mieć odpowiednie dane po temu. Ale wolno się domyślać, że jak inne znamiona występowania duru brzusznego, tak i to, o którym w tej chwili mowa, pojawia się okresowo, tylko my tę okresową zmianę po raz pierwszy dostrzegamy.

Przenieśmy się teraz myślą z Krakowa do innych miejscowości. Chodzi o przykłady uporządkowanego i zespołowego występowania duru brzusznego. Pisałem o nich już i to o niektórych niejeden raz. Toteż nie będę ich tu przedstawiał w całej rozciągłości. Ograniczę się tylko do tego, co najkonieczniejsze. Więc przypomnę:

Z wykresu dotyczącego pięciu miast Polski widać, że zachorowania na dur brzuszny w każdym z wymienionych miast z roku na rok powtarzają się jakby według jakiego wzoru czy prawidła. Miano zapadalności właściwe każdemu miastu utrzymuje się latami stale na tym samym poziomie. Z tego wynika, że zachorowania nie są rzeczą przypadku.

W pięciu zaś mniejszych środowiskach, do których teraz przechodzę, toczą się zarazy duru brzusznego, z których jedne są — odwrotnością drugich. Bo w pierwszych trzech chorują prawie wyłącznie lub wyłącznie dzieci, w dwu zaś ostatnich, po za jednym wyjątkiem, tylko dorośli, a przy tym w szpitalu św. Łazarza tylko jego pracownicy. Dur brzuszny więc w każdym z tych środowisk szerzy się nie bezładnie, ale wybiera sobie pewne zespoły osób.

Rytm występowania duru brzusznego w Krakowie, stały współczynnik zapadalności w 5 miastach i zespołowe zachorowania na dur brzuszny dowodzą ładu wydarzeń.

Takie uporządkowane szerzenie się duru brzusznego nie da się w żaden sposób zrozumieć w myśl bakteriologicznego poglądu na tę sprawę. Ów pogląd opiewa: Bez wtargnięcia do ustroju pałeczek durowych nie ma mowy o powstaniu duru brzusznego. Otóż, gdyby od ich wtargnięcia zależało powstanie choroby, pałeczki durowe musiałyby przestrzegać pewnych zasad przy dostawaniu się do ustroju! Tak by być musiało! Dur brzuszny szerzy się bowiem według pewnych prawideł.

Bakteriologiczny sposób patrzenia na szerzenie się duru brzusznego kładzie nacisk na zarazki. Tymczasem bieg układającego się powyżej opisanego sposobu życia, dowodzi, że istota zajmującego nas zagadnienia tkwi właśnie w ustroju człowieka. Wszystko, o czym dotychczas mowa była, dowodzi, że ustrój człowieka powinien być ośrodkiem naszego rozumowania. Najdobitniej świadczą o tym spośród wymienionych następujące trzy zjawiska:

A) Jest rzeczą znaną, że do roku 1919 częściej zapadali na dur brzuszny mężczyźni niż kobiety. Od r. 1920 jest odwrotnie.

B) W o l f r a m pierwszy, a za nim Ł ę c z y c k a stwierdzają (chodzi o okres 37 lat liczący), że na wiosnę podatniejszy jest na dur brzuszny mężczyzna, natomiast w jesieni częściej zapada na dur brzuszny kobieta.

C) W zakładach zamkniętych zdarzają się zachorowania na dur brzuszny będące odwrotnością swoją: raz częściej zapadają dorośli, to znowu dzieci. A wiemy jak się podatność na dur brzuszny przedstawia u dorosłych, i jak wśród dzieci?

Te ostatnio wymienione znamiona szerzenia się duru brzusznego stanowczo temu przeczą, by wtargnięcie do ustroju zarazków miało poprzedzać wystąpienie choroby. Bo w takim razie pałeczki durowe musiałyby w jednym okresie czasu bardziej nagabywać mężczyzn, kiedy indziej znowu kobiety. (A, B). Bo pałeczki durowe raz by lgnęły bardziej do nieletnich omijając dorosłych, innym razem wolałyby postąpić przeciwnie (C).

Krążenie jednak pałeczek durowych w ustroju jest nieodłączną oznaką, najstalszą ze wszystkich, duru brzusznego. Skąd w takim razie biorą się pałeczki durowe u chorych skoro do nich nie wtargnęły? Z opisanego biegu wydarzeń jedno tylko pozostaje do przyjęcia: Pałeczki duru brzusznego powstają na miejscu. A mianowicie ze stałego mieszkańca przewodu pokarmowego, t. zn. z pałeczki okrężnicy. B. t y p h i to przeobrażone b. c o l i.

Takie postawienie sprawy stwarza nowe zagadnienie. Zagadnienie pierwszorzędnego znaczenia, kiedy chodzi o zrozumienie powstawania, szerzenia się i wygasania ostrych chorób zakaźnych. Z treści swej należy do bakteriologii.

W nauce bakteriologii obowiązuje dotychczas jako pewnik stałość gatunkowa zarazków, Tak jest, mimo, że od lat szeregu coraz więcej przybywa dowodów zmienności drobników, względnie odmiennych warunków bytowania, zarazki tracić mogą pewne z dotychczasowych oznak, a zyskiwać nowe własności. Tym samym powstają szczepy odbiegające pod różnymi względami od pierwotnych, wyjściowych, a upodabniają się do innych, dotychczas sobie obcych. Mówiąc o tym, mam na myśli drobnoustroje przewodu pokarmowego należące do wielkiej grupy b. c o l i — b. t y p h i. Ona nas tylko w tym miejscu zajmuje. Pisząc dawniej już nieraz w tym przedmiocie, przytaczałem spostrzeżenia i wyniki doświadczeń pracownianych świadczących o możności przeobrażeń jednych zarazków w drugie. Nie będę się pod tym względem dzisiaj powtarzał. Podkreślę

tylko, że z jednej strony chodzi tu o przygodne wyniki badań, a z drugiej o rozmyślne w tym kierunku nastawiane doświadczenia. Między tymi ostatnimi pierwszorzędne znaczenie mają prace nad budową wywoływaczy zarazków. Badania te wykazują, że wiele zarazków zaliczanych dotychczas do odrębnych gatunków posiada wspólne cząstki wywoływaczy. Jeszcze jedno należy podkreślić, mianowicie: krew, płyn mózgo-rdzeniowy, żółć, mocz mogą wpływać na zmiany własności zarazków. Gdzie istota tego zjawiska leży czy w zarazku, czy w ustroju gospodarza? — Tego nie wiemy. Ale powtarzam: pod wpływem soków, wydzielin i wydalin człowieka mogą zarazki ulegać przeobrażeniu mniej lub dalej posuniętemu. Otóż, chociaż pewnik co do stałości gatunkowej zarazków obowiązuje nadal w nauce, to jednak według wyżej powiedzianego, uległ on poważnemu zachwianiu, a myśl o przechodzeniu b. coli w b. typhi staje się ze stanowiska bakteriologii dopuszczalną.

Po wglądnięciu w dziedzinę z zakresu bakteriologii wróćmy do właściwego przedmiotu dzisiejszego wykładu.

Rozpatrujemy w nim sprawę powstawania i szerzenia się duru brzusznego. Dążymy do jej zrozumienia. Wiemy już, że bakteriologiczny sposób tłumaczenia nas nie zadawalnia. Dlatego wznawiamy ten dawny, do dziś dnia zarzucony, pogląd na istotę duru brzusznego. Unowocześniony zdobyczami bakteriologii w brzmieniu Szontangha względnie Woltera tak się przedstawia: Pod wpływem nam nieznanych dotychczas czynników przychodzi do przestrojenia właściwości naszego ustroju. Tkanki dotychczas nie podatne na zarazek duru brzusznego i wolne od niego, teraz ulegają jego działaniu i pozwalają mu na rozwój. Ale pałeczki durowe nie wtargnęły z otoczenia, ale powstały na miejscu. Powstały ze stałego mieszkańca przewodu pokarmowego. B. typhi — to przeobrażone b. coli. Przeobrażenie b. coli w b. typhi jest rzeczą wtórną, do której doszło po przestrojeniu tkanek ustroju.

W myśl poglądu Szontagha jak i Woltera dur brzuszny nie jest zaraźliwy, t. zn. nie przenosi się z jednego na drugiego. Jeżeli więc w pewnej miejscowości i w danym czasie zdarzają się tłumne zachorowania to nie z powodu wzajemnego udzielania sobie zarazków, lecz dlatego ponieważ w tym wypadku czynniki nabrały takiego nasilenia, że działają już nie na jednostki, tylko na znaczną część mieszkańców danego środowiska.

Aczkolwiek jestem wyznawcą poglądu Szontagha i Woltera na powstawanie i szerzenie się duru brzusznego, mimo to nie wątpię, że mogą od czasu do czasu zdarzać się zakażenia durem brzusznym. Wytłumaczę w jakich warunkach: Dur brzuszny jest wypadkową i przestrojenia ustroju i przeobrażenia b. coli. Bez dokonania się jednego i drugiego zjawiska niema duru brzusznego. Bo skoro doszło wyłącznie do przeobrażenia b. coli, będziemy mieć do czynienia jedynie z nosicielstwem b. typhi. Przyjdzie zaś tylko do przestrojenia ustroju, to spotkamy się wyłącznie z gotowością do choroby. Otóż w tym ostatnim niezwykłym wypadku, kiedy wystąpi usposobienie do zachorowania a b. coli swych własności nie utraci, w tym wypadku wtargnięcie b. typhi do ustroju może wywołać następstwa zakażenia. Podkreślam, chociaż nie wątpię, że mogą zdarzać się wypadki duru brzusznego w następstwie wtargnięcia pałeczek durowych do ustroju z zewnątrz, to jednak nagminne szerzenie się duru brzusznego pojmuję tak, jak je przedstawiają Szontagh względnie Wolter.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilek: O chorych na dur brzuszny. Kraków, 1934. — 2. Kuchta: Dur brzuszny w Krakowie w 1932 r. Kraków, 1934. — 3. Wolfram: Dur brzuszny w ostatnim pięćdziesięcioleciu w Krakowie. Kraków, 1935. — 4. Gottlieb: O chorych na dur brzuszny i o durze brzusznym w Krakowie w latach 1933—1935. Kraków, 1937. — 5. Baranowska: O chorych na dur brzuszny w latach 1936—1938. Kraków, 1939. — 6. Łęczycka: Przegl. Lek. 1946, Nr 23—26. — 7. Kostrzewski: Pol. Gaz. Lek. 1930 Nr 29—30, 1933 Nr 27, 1938 Nr 26, 1938 Nr 48. — 8. Kostrzewski i Bilek: Pol. Gaz. Lek. 1934 Nr 22, 1936 Nr 31. — 9. Bilek: Pol. Gaz. Lek. 1935 Nr 41. — 10. Engelstein: Błonica w Krakowie w ostatnim pięćdziesięcioleciu. Kraków, 1934.

Uwaga: Rozprawki Nr 1, 2, 3, 4, 5 i 10 są wydawnictwem „Wykłady Chorób Zakaźnych przy U. J.".

Dr FELICJA WYSOCKA Kraków

O ubocznym szkodliwym działaniu penicyliny, przede wszystkim na zachowanie się ciałek białych krwi.

Z Oddziału Zakaźnego Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Ordynator Oddziału: Prof. dr Józef Kostrzewski.

Dnia 18. 1. 1947 r. zgłosiła się do szpitala chora K. B., lat 48, z powodu ropnia płuc po zapaleniu płuc. W początkach spostrzegania chorej gdy ropień nie był jeszcze dostateczwykształcony, bywały nie stałe stany podgorączkowe do 37.4°, w ostatnim tygodniu przed penicyliną ciepłota wyjątkowo dosięgła 37.8°. Ilość ciałek białych we krwi wahała się od 5.400—4.300 w 1 mlm³, którą to ilość naliczono w przeddzień zastosowania penicyliny. Obraz krwi w tym czasie był następujący: obojętno-chłonnych 70% limfocyt. 29%, monocyt. 1%.

Z plwociny wyhodowano pałeczki gram — morfologicznie odpowiadające pałeczkom hemoglobinofilnym, paciorkowce zieleniejące, gronkowce białe, drożdżaki.

Bezpośrednio przed penicyliną chora zażyła sulfathiasolu 28 grm w ciągu 7-miu dni. Skoro obrysy ropnia w obrazie Rtg stawały się wyraźniejsze, chora coraz więcej od-

pluwała, wobec bezskuteczności dotychczasowego leczenia, dnia 14. II. br. przystąpiono do leczenia penicyliną. Zlecono penicylinę domięśniowo w ilości 240.000 jedn. na dobę, wstrzykując co 3 godz. po 30.000 jedn.

Chora nadal miała stany podgorączkowe, coraz bardziej była osłabiona, z dnia na dzień traciła łaknienie, po 4-ch dniach dołączyły się ponadto dolegliwości sercowe. Tętno uległo przyspieszeniu. Ilość plwociny wzrastała. W 8-mym dniu leczenia penicyliną stan chorej był następujący: chora blada, oddech silnie przyspieszony, tętno szybkie, słabo napięte, ciepłota 38.5. Odczuwała duszność, ból w okolicy serca i ból gardła. Ilość ciałek białych krwi w tym dniu wynosiła 2.800/1mm³. W obrazie krwi naliczono ciałek białych obojętno-chłon. 28%, limfoc. 28%, monocyt. 4%. W dwa dni potem, gdy zastosowano w sumie 2.400.000 jedn. penicyliny, ciepłota była jak poprzednio 38.5, dolegliwości ze strony serca jeszcze silniejsze, chora wyglądała bardzo źle. Łaknienie zupełnie straciła, spać nie mogła. Ból gardła utrzymywał się, żadnych zmian w gardle poza nieznacznym zaczerwienieniem nie stwierdzało się. Również gruczoły obwodowe, ani śledziona nie były powiększone. W dniu tym ilość ciałek białych we krwi spadła do 800 w 1 mil³. W obrazie Schillinga ciałek wielokształtnych było zaledwie 30% limfoc. 70%. Po odstawieniu penicyliny przetoczono plazmę amerykańską w ilości 250 cm³ oraz przepisano żelazo doustnie. Stan chorej dnia następnego nie był nic lepszy. Ciepłota o torze ciągłym nadal dosięgała 38.5, ilość ciałek białych nadal wynosiła 800 w ml³ i ten sam był stosunek ciałek białych. Począwszy od tego dnia stosowano codziennie przez kilka dni autohemoterapię w ilości 40 cm, ponadto jeden raz wstrzyknięto domięśniowo plazmy 40 cm, uzyskując z dnia na dzień poprawę. Tętno stawało się wolniejsze, gorączka stopniowo opadała, ale dopiero 5-go dnia po zaniechaniu penicyliny wróciła do poziomu dawniejszego. Ilość ciałek białych we krwi podnosiła się poprzez 2.100, 2.900, 5.600 do 8.200 w 1 mil³ w 11-tym dniu po odstawieniu penicyliny. Stosunek leukocytów do limfocytów uległ również stopniowej poprawie. Natomiast opukowe i osłuchowe zmiany, odpowiadające ropniowi nasiliły się, ilość plwociny zwiększyła się. Prześwietlenie Rtg. wykazało pogorszenie, zwiększenie się jamy i niecofanie się nacieku okolicznego.

W miarę rozwoju wyżej opisanych objawów, powstawało i umacniało się w nas przekonanie, że należy szukać dla nich wytłumaczenia w ubocznym działaniu penicyliny. To przypuszczenie okazało się pewnym, skoro po odstawieniu penicyliny uzyskaliśmy wyrównanie zaburzeń poprzednich.

Dla potwierdzenia tegoż rozumowania, dn. 7. III. tj. po upływie 6-ciu dni od spadku gorączki, gdy w stanie ogólnym zniknęły objawy uboczne, wróciliśmy do penicyliny, stosując ją jak poprzednio co 3 godz. 30.000 jedn., to znaczy dziennie 240.000 jedn. Przed rozpoczęciem próby ilość ciałek białych we krwi wynosiła 8.200. Następnego dnia nie było nic uderzającego. Ilość ciałek białych równała się 8.800 w 1. mil.³, obraz Schyllinga był prawidłowy. Po dwóch niecałych dobach po dawce 450.000 jedn. równocześnie z wyskokiem ciepłoty do 38.6 powtórzyły się te same skargi co poprzednio tylko o słabszym nasileniu i bez bólu gardła. Chora widząc wyraźne pogorszenie prosiła o przerwanie zastrzyków penicyliny. Ilość ciałek białych spadła do 6.300 w 1 mil.³, stosunek ciałek białych pozostał prawidłowy. Poprzez około tydzień utrzymywała się ciepłota na wyższym poziomie niż przed powtórzeniem penicyliny, dochodząc mianowicie do 37.8. Ilość ciałek białych opadła następnego dnia po odstawieniu penicyliny do 3.900 w 1 mil.³, później zaczęła się już podnosić. Potrzeba było znowu kilka dni, żeby samopoczucie chorej zaburzone nowym podaniem penicyliny, wyrównało się.

Równocześnie sama sprawa chorobowa pogarszała się. Plwociny chora odpluwała coraz więcej, do 100 cm³ na dobę. Opad krwi przyspieszył się, przed leczeniem penicyliną średnia po godzinie równała się 65 mm, obecnie 98 mm.

Dn. 21. III. po raz trzeci spróbowano zastosować penicylinę. Wstrzyknięto z powodu braku penicyliny na Oddziele jedynie 300.000 jedn. Do penicyliny nie przywiązywano należytej wagi, gdyż wartość jej przed miesiącem się skończyła. Ujemnych objawów spostrzeganych poprzednio nie zauważono. Chora tylko uskarżała się na większe osłabienie, bicie serca, nie chciała spożywać pokarmów. Wspominam o tym nikłym obrazie zatrucia sądząc, że można go wytłumaczyć małą stosunkowo ilością zastosowanej penicyliny, osłabieniem jej aktywności po upływie czasu ważności, a może także zmniejszeniem na nią wrażliwości ustroju.

Jak z powyższego opisu widać w przypadku tym penicylina nie tylko nie przyniosła żadnego skutku leczniczego odnośnie ropnia płuc, lecz ponadto spowodowała bardzo groźne objawy uboczne, dotyczące głównie zachowania się białych ciałek krwi.

JAN Z. ROBEL i EDWARD SZCZEKLIK Kraków

Zatrucie czteroetylkiem ołowiu

z Instytutu Ekspertyz Sądowych
i
z Oddziału I. B. Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie

Ostre zatrucia czteroetylkiem ołowiu przedstawiają zupełnie odrębny obraz kliniczny w porównaniu z częstym i dobrze zna-

nym przebiegiem ołowicy przewlekłej. Zatrucia takie zdarzały się sporadycznie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Półn. począwszy od roku 1924, tj. od rozpoczęcia w skali przemysłowej produkcji czteroetylku ołowiu jako składnika przeciwstukowego, dodawanego do benzyn samochodowych, później także i lotniczych. W Europie były zatrucia czteroetylkiem ołowiu prawie nieznane aż do czasów ostatniej, wojny i okresu powojennego, w których upowszechniło się zastosowanie benzyn etylizowanych, czyli zaprawianych czteroetylkiem ołowiu. W Polsce masowe zatrucia czteroetylkiem ołowiu stały się głośne w r. 1946 i poruszyły opinię całego kraju w związku z wypadkami zachorzeń w różnych częściach naszego Państwa, wywołanymi używaniem tzw. płynu etylowego do rozpuszczania farb i zapuszczania drewna. Omawiane w niniejszej publikacji przypadki, dotyczą częściowo osób, które uległy takim zatruciom w r. 1946, częściowo zaś zatrutych w czasie wojny również w sposób dotychczas nieopisywany.

Czteroetylek ołowiu $Pb(C_2H_5)_4$ jest ciężkim oleistym płynem, stosunkowo bardzo trwałym, nierozpuszczalnym w wodzie, łatwo zaś rozpuszczalnym w rozpuszczalnikach organicznych oraz w tłuszczach. Mimo wysokiej temperatury wrzenia posiada on znaczną lotność już w zwykłej temperaturze. Powietrze nasycone parą tego związku zawiera 5 mg ołowiu w litrze. Jako granicę górną dopuszczalnej ze stanowiska zdrowotnego zawartości ołowiu w powietrzu, przyjmuje się 1.5 mg ołowiu w 10 m^3, zgodnie z najnowszymi danymi amerykańskimi.

Do zaprawiania benzyn i mieszanek napędowych, stosuje się „płyn etylowy" (ethyl-fluid), którego skład jest we wszystkich państwach zbliżony; 54—63% czteroetylku ołowiu, 25—36% bromku etylenu, często kilka procent chlorku etylenu, czterochlorku węgla lub chloronaftalenu, barwnik ostrzegawczy, czasem nieco nafty. Dodatek chlorowcowęglowodorów, w pierwszej linii bromku etylenu, zapobiega szkodliwemu działaniu czteroetylku ołowiu na silnik. Benzyny i mieszanki samochodowe zadaje się płynem etylowym w stosunku 0,6—0,8 ml na litr; lotnictwo wojenne wymaga zaprawy wyższej, do 1.5 ml na litr. Odpowiada to zawartości około 0,05% do 0,14%, w stosunku wagowym, czteroetylku ołowiu. Stosowanie jeszcze większych stężeń czteroetylku ołowiu jest bezcelowe, nie wpływa bowiem na poprawienie wartości materiału napędowego.

Stosownie do swych fizyko-chemicznych własności dostaje się czteroetylek ołowiu do ustroju drogą inhalacji, a więc wchłonięcia przez nabłonek pęcherzyków płucnych oraz drogą przenikania przez nienaruszoną skórę, skutkiem swej dużej rozpuszczalności w lipidach. Ta ostatnia własność powoduje też, że czteroetylek ołowiu umiejscawia się przede wszystkim w wątrobie i tkance nerwowej, niewątpliwie także w nadnerczach. To wyjaśnia, dlaczego w przebiegu ostrych i podostrych zatruć czteroetylkiem ołowiu wybijają się na pierwszy plan zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, które przy zatruciach zwykłymi połączeniami ołowiu pojawiają się dopiero w fazie końcowej schorzenia i to w wypadkach wyjątkowo ciężkiego zatrucia.

Zaznaczyć należy, że szybkie wchłanianie się przez skórę jest właściwością czystego czteroetylku ołowiu, względnie jego stężonych roztworów, jak płyny etylowe. W silnie rozcieńczonych roztworach benzynowych proces ten ulega bardzo znacznemu zwolnieniu, poniżej zaś 0,1% nie odgrywa według F l u r y'e g o praktycznie żadnej roli.

Na zatrucie czteroetylkiem ołowiu w dużych stężeniach narażeni też są przede wszystkim robotnicy zatrudnieni w wytwórniach tego związku, przy sporządzaniu płynów etylowych oraz mieszaniu ich z benzyną.

Ze szczególnie dużym niebezpieczeństwem połączone jest oczyszczanie zbiorników benzynowych z osadzającego się w nich mułu, zagęszczającego w sobie organiczne związki ołowiu. Po zakończeniu działań wojennych przeprowadzono w Anglii oczyszczanie olbrzymich podziemnych zbiorników benzyny, głównie lotniczej; stwierdzono, że muliste osady zawierają od 0,044 do 0,084% ołowiu organicznie związanego, wobec czego zastosowano rygorystyczne środki ostrożności, z doskonałym wynikiem. W bardzo nielicznych stosunkowo, bo 25 przypadkach, w których obowiązujące przepisy zostały niedokładnie wykonane lub w ogóle zlekceważone, przyszło do zatruć o różnym nasileniu, z których dwa zakończyły się śmiertelnie (Cassels i Dodds).

Zwykłe manipulacje z benzyną etylizowaną, jak obsługa pomp i zbiorników, tankowanie wozów, wykonywane masowo w czasie działań wojennych, najczęściej wśród zaciemnienia, wywoływały u zajętych przy tym pracowników stosunkowo nieliczne i to mało znaczne oraz krótkotrwałe zatrucia. Badanie moczu stwierdzało w tych wypadkach zawartości ołowiu do 0,275 mg w 1 litrze. U pracowników zatrudnionych przy etylizowaniu benzyny, którzy nie wykazywali żadnych objawów zatrucia, zawartość ołowiu w moczu wynosiła średnio 0,0535mg na litr z niewielkimi wahaniami, u robotników zaś w magazynach podziemnych znajdowano do 0,188 mg na litr (Cassels i Dodds).

Wymienieni autorowie podkreślają ważność oznaczania zawartości ołowiu w moczu pracujących z czteroetylkiem ołowiu. I tak przy zawartości 0,1 mg na litr moczu nie występują jeszcze oznaki zatrucia, podczas gdy stężeniom 0,15 mg w litrze mogą już towa-

rzyszyć słabe objawy chorobowe. W zatruciach ciężkich spotyka się stężenia począwszy od 0,3 mg ołowiu w litrze.

Zapadalność u pracujących przy mieszaniu benzyny z czteroetylkiem ołowiu była podczas wojny zależna od rodzaju pomieszczeń i ich przewietrzenia, od sposobu napełniania i mieszania, od temperatury zewnętrznej, słowem od warunków higienicznych pracy, trudnych do utrzymania w okresie działań wojennych, niejednokrotnie nawet i po ich zakończeniu. Natomiast przed wojną aż do roku 1940 nie notowano w Anglii żadnych objawów zatrucia w grupie 300 pracowników, zatrudnionych przy etylizowaniu benzyny, mimo dokładnych i bardzo częstych badań lekarskich.

Dawno już zwracano uwagę na możliwości zatrucia przy niewłaściwym obchodzeniu się z benzyną etylizowaną, jak n. p. przelewanie w pomieszczeniach bez wydatnej wentylacji, używanie jej do czyszczenia silnika, zwłaszcza rozgrzanego, czyszczenia ubrań itd. (m. in. Störring, Taeger). Smutne doświadczenia masowych zatruć w Polsce wykazały nowe, nigdy przedtem nieprzewidywane możliwości zatrucia zarówno benzyną etylizowaną, jak i stężonymi roztworami czteroetylku ołowiu (płynem etylowym).

Plaga masowych zatruć czteroetylkiem ołowiu rozpoczęła się w Polsce już w r. 1945 r. Właściwą przyczyną były z jednej strony nadużycia pozostających na terenie kraju materiałów wojskowych, z drugiej zaś strony zupełna nieświadomość grożącego niebezpieczeństwa, a w związku z tym karygodna niejednokrotnie lekkomyślność i niedbalstwo. Ilość powstałych stąd zatruć trzeba oceniać na tysiące. W przeważnej części nie dochodziły one, zwłaszcza w początkowym okresie, do wiadomości publicznej. Nie ulega również najmniejszej wątpliwości, że nawet wiele cięższych przypadków, które doszły jednak do badania lekarskiego, nie zostało rozpoznanych ze względu na nieswoiste objawy, przypisywane przez chorych z reguły zatruciom pokarmami lub napojami.

W związku z ekspertyzą toksykologiczną zapoznał się jeden z nas z seriami najcięższych wypadków, zakończonych zejściem śmiertelnym, które stały się przedmiotem dochodzenia ze strony Władz. Przyczyną wszystkich tych nieszczęść było stosowanie rozszabrowanego na wielką skalę płynu etylowego do nieprawdopodobnych wprost celów, zarówno w gospodarstwach domowych, jak warsztatach rzemieślniczych, a nawet poważnych zakładach przemysłowych. Stosowano ten czerwono zabarwiony płyn do malowania ścian, podłóg, drzwi i okien, jako politurę stolarską, do impregnowania dachówek, wreszcie jako rozpuszczalnik do farb.

Szczegółowo zapoznano się z wypadkiem, dotyczącym zatrucia co najmniej 22 osób, zajętych w warsztatach malarskich, w których pracowano farbami zawierającymi duże ilości czteroetylku ołowiu, pochodzącego z płynu etylowego, zastosowanego jako rozpuszczalnik. Zatrucie nastąpiło w tych przypadkach zarówno w następstwie wdychiwania par czteroetylku ołowiu, jak również wchłaniania się tego związku przez skórę. Jako główne objawy zatrucia wystąpiły u wymienionych osób silne bóle głowy, ogólne osłabienie oraz zaburzenia psychiczne o typie delirium, które zmusiły do umieszczenia ich w zakładzie dla umysłowo chorych. Zaburzenia te przeszły zresztą bez śladu po upływie pewnego czasu od zaprzestania pracy, z wyjątkiem dwóch chorych, u których nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcja zwłok, wykonana przez Dra Zbigniewa Rymkiewicza, wykazała zmiany o typie meningo-encephalitis, poza tym zaś przekrwienie w narządach wewnętrznych.

Badanie chemiczne „rozpuszczalnika" wykazało zawartość 47,5% czteroetylku ołowiu. Próbki gotowych już do użycia farb zawierały bardzo duże ilości, bo od 0.92% do 2.22% czteroetylku ołowiu i to tylko w swej pokostowo-oleistej części.

Stwierdzono ponad wszelką wątpliwość, że główną drogą zatrucia była tu inhalacja, ponieważ ostre objawy wybuchły u robotników dopiero po przeniesieniu się z pracą pod dach. Jak długo malowano powyższymi farbami na wolnym powietrzu, objawy zatruć były na ogół słabe tak, że nie zostały jako takie dostrzeżone.

Odmiennie przedstawiało się zatrucie czteroetylkiem ołowiu, obserwowane przez nas u osób, w których mieszkaniu używano benzyny etylizowanej do oświetlenia w lampie naftowej, względnie także do tzw. prymusa. Zatruciu uległo wówczas co najmniej 11 osób. U sześciu osób przebiegało zatrucie w sposób lekki i objawiało się przede wszystkim bólem głowy, który ustępował po opuszczeniu mieszkania; w jednym przypadku przyszło do zemdlenia. U czterech osób rozwinęły się objawy ciężkie, które w jednym przypadku doprowadziły do zejścia śmiertelnego.

W tym ostatnim przypadku chory J. J., lat 12, zmarł w karetce Pogotowia w czasie przewozu do szpitala. Matka jego podała, iż w dniu krytycznym wyszła do sklepu, by kupić trochę nafty do lampy; po drodze spotkała nieznajomego, który zaproponował jej nabycie nafty, którą miał przy sobie. Matka J. J. kupiła 1/4 litra tej nafty o brunatnym zabarwieniu i po powrocie do domu napełniła lampę, zapaliła, po czym zaczęła przygotowywać kolację dla siebie i czworga dzieci. Zauważyła przy tym, że lampa nie kopciła, a światło jej było niezwykle jasne, podo-

bne do elektrycznego. W czasie nakrywania do stołu nachyliła się nad lampą i poczuła dziwnie słodkawy smak oraz zapach, po którym rozbolała ją głowa, zrobiło się jej mdło i wkrótce straciła przytomność. Na chwilkę przedtem syn, który później zmarł, miał się również skarżyć na ból głowy. Gdy matka zemdlała, wystraszony chłopiec wybiegł po pomoc do mieszkania sąsiadów, położonego w odległości 5—7 m. Gdy matka wróciła do przytomności zauważyła, że syn, który wrócił już z pomocą, trzymał się ręką za serce, skarżąc się „serce mnie boli“: wkrótce potem stracił przytomność, zacisnął zęby i zaczął rzęzić. Wezwany lekarz oświadczył, że czuje z lampy „zapach tlenku ołowiu“, kazał lampę usunąć, a mieszkanie przewietrzyć. Lampa paliła się w tym mieszkaniu około 15 minut. Jak już wyżej wspomniano, zmarł zemdlony chłopiec niebawem w czasie przewożenia w karetce Pogotowia, matka zaś wraz z pozostałymi dziećmi wyzdrowiała zupełnie po kilku dniach. U piętnastomiesięcznego dziecka, które bawiło się w pobliżu drzwi, siedząc na ziemi, nie zauważono żadnych objawów.

Sekcja zwłok, wykonana w Zakładzie Medycyny Sądowej U. J. przez Dra T. Pragłowskiego, wykazała: zwłoki chłopca lat 12, miernej budowy ciała i lichego odżywienia, 127 cm długie. Skóra wybitnie blada, na tylnej stronie zwłok rozległe plamy opadowe barwy czerwono szarej, jako takie stwierdzono nacięciem. Stężenie pośmiertne zachowane. W powłokach brzusznych po obydwóch stronach pępka, wśród sino brunatnie zabarwionej skóry, naskórek nieco uniesiony, łatwo daje się oderwać od podstawy. Po nacięciu tego miejsca znajduje się w przestrzeniach podniesionych naskórkiem nieco brunatnego płynu.

Oględziny wewnętrzne nie wykazały zmian w oponie twardej. W zatokach żylnych znaleziono płynną brunatnawej barwy krew, obficie wylewającą się. Opony miękkie miernie ukrwione, cienkie, gładkie i lśniące. Mózg wagi 1350 g bez zmian, miernie ukrwiony. Komórki mózgowe bez zmian, sploty naczyniowe — sinawe.

Gruczoły chłonne szyi dochodzą wielkości fasoli, na przekrojach różowe, gładkie, soczyste. Grasica utrzymana, wagi 26 g, na przekrojach różowawa o budowie zrazikowej. Płuca bez zmian. Gruczoły wnękowe i przyoskrzelowe dochodzą wielkości małej fasoli, na przekrojach różowawe, miejscami czarniawe, wszędzie gładkie, wilgotne. Serce, duże naczynia krwionośne, jama brzuszna — bez zmian. Wątroba waży 700 g, o torebce cienkiej, gładkiej i lśniącej, na przekrojach miąższ dobrze ukrwiony o odcieniu brunatnawym, o rysunku i połysku prawidłowym. Śledziona waży 70 g, o torebce cienkiej, gładkiej, lśniącej, na przekrojach miąższ ukrwiony wilgotny, z odcieniem brunatnawym, o wyraźnych grudkach, nie obiera się na nożu. Nadnercza małe do $2^1/_2$ g wagi, wąskie, wiotkie. Na przekrojach zarówno kora, jak i część rdzenna znacznie zwężona, przy czym kora barwy siarczano żółtej, rdzeń brunatnawy. Trzustka, nerki, pęcherz — bez zmian.

Błona śluzowa jamy ustnej, gardzieli blado sina, cienka, lśniąca. Układ chłonny na podstawie języka silnie rozwinięty, niezmieniony. Migdałki duże o wymiarach $3\times1^1/_2\times1$ cm, jędrne, na przekrojach blado różowo szare, wilgotne. Przełyk o błonie śluzowej blado sinej. Żołądek, jelita — bez zmian. Gruczoły krezkowe i zaotrzewnowe dochodzą wielkości małej fasolki. Narząd płciowy, kościec tułowia i kończyn — bez zmian.

Badanie spektroskopowe krwi denata wykazało obecność methemoglobiny. Opinia: Intoxicatio cum benzino et plumbo oxydato. Methaemoglobinaemia. Occasio.

Ekspertyza toksykologiczno-chemiczna części zwłok wykazała w krwi denata obecność dużej ilości methemoglobiny. Badania narządów na zawartość ołowiu nie można było przeprowadzić z należytą dokładnością, ze względu na stosunki wojenne i brak materiałów, niezbędnych dla właściwych metod mikroanalitycznych. Pracowano więc metodami starszymi, których dolna granica czułości wynosiła około 0.2 mg% w przeliczeniu na ołów i świeżą tkankę. Badanie 100 g płuc dało wynik ujemny, podobnie jak analiza 200 g pierwszych dróg pokarmowych (80 g żołądka, 40 g jelita cienkiego oraz 80 g jelita grubego). Po opracowaniu 200 g drugich dróg pokarmowych, w czym 110 g wątroby, 40 g śledziony i 50 g nerki, stwierdzono obecność minimalnych śladów ołowiu. Analizy mózgu nie można było niestety wogóle wykonać. Badanie krwi na obecność chlorowcowęglowodorów dało wynik ujemny.

Wśród podobnych okoliczności uległy zatruciu w sąsiednim mieszkaniu oświetlanym w podobny sposób lampą, 3 osoby, które przewieziono w ciężkim stanie na Oddział I B. Szpitala św. Łazarza. Ze względu na rzadkość tego rodzaju zatrucia podajemy pokrótce wyciągi z historii chorób.

P r z y p. 1. Chory Pa. lat 39. W dniu 4. IV. 1942 r. przywieziono chorego na Oddział I B. w stanie nieprzytomnym. Żona chorego podaje, że znalazła go w łazience nieprzytomnego, sinego, charczącego. Do łazienki udał się zupełnie zdrów. Następowo dopiero dowiedziano się, że chory przez tydzień świecił w pokoju, w którym stale przebywał, lampę napełnioną pół na pół ropą i żółtą benzyną.

Badanie przedmiotowe wykazało: Chory nieprzytomny, bezwładny. Skóra twarzy, szyi i kończyn sina, chłodna. Skóra tułowia

blada, ziemista, na skroniach pokryta zimnym potem. Wargi, język, błona śluzowa jamy ustnej — sine. Wargi pokryte białą pianą. Szczękościsk. Ilość oddechów: 28 na minutę. Typ oddychania: piersiowo-brzuszny.

Nad płucami nieliczne świsty i furczenia, serce w granicach normy, nad ujściami dwa cichsze tony. Ciśnienie krwi 130/70 mm Hg, tętno 132 na minutę, miarowe, dobrze napięte. Nieznaczne wzdęcie jamy brzusznej, poza tym narządy jamy brzusznej bez zmian.

Źrenice krągłe, wąskie, równe, dobrze oddziaływują na światło. Oczopląs horyzontalny. Zaznaczona sztywność karku; odruchy ścięgniste mięśniowe, skórne bardzo silnie wzmożone. Przykurcz mięśni kończyn. Drżenie włókienkowe mięśni kończyn górnych i klatki piersiowej.

Badanie moczu zmian nie wykazało. Badanie krwi w dniu 7. IV. dało wynik następujący: Hb 68%, krwinek czerwonych 2,310.000, krwinek białych 8.300. Wskaźnik 1,5. Odczyn Wa, citocholowy — ujemny.

Badanie elektrokardiograficzne (7. IV.): przesunięcie osi elektrycznej w lewo z płaskim T w III odprowadzeniu; powtórne badanie w miesiąc później wypadło tak samo.

Przebieg choroby: przez pierwsze 4 dni pobytu na Oddziele chory nieprzytomny, nie oddaje sam moczu, który odpuszczano cewnikiem. Stolce zaparte. W piątym dniu odzyskuje przytomność i pierwszy raz samoistnie oddaje mocz. Po odzyskaniu przytomności odpowiada niechętnie na pytania, patrzy apatycznie na otoczenie, nie pamięta wydarzeń, które zaszły bezpośrednio przed chorobą. Po odzyskaniu przytomności sinica wybitnie zmniejszyła się, a w następnych dniach ustąpiła. Ustąpiła sztywność mięśni; wzmożone odruchy ścięgniste utrzymywały się ponad tydzień.

Od pierwszego dnia choroby wystąpiła gorączka, początkowo do 38° C (przez 3 dni), po czym zaczęła opadać do 37,2° C, by w siódmym dniu choroby podnieść się znowu do 38,4° C. W dniach następnych stany podgorączkowe 37,6° C do 37,2° C utrzymujące się przez kilka dni. Tętno wynosiło w pierwszym dniu choroby 132 na minutę, obniżyło się w dniach następnych do 100 na minutę, a w czwartym dniu choroby stwierdzano już tylko około 80 uderzeń na minutę. Ciśnienie krwi w pierwszym dniu 130/70 mm Hg, w szóstym dniu 150/80 mm Hg, a z końcem drugiego tygodnia 140/70. Badanie rentgenologiczne wykazało nieznaczny przerost serca lewego.

W pierwszych dniach choroby pojawiły się w okolicy pośladków i na piętach zmiany martwicze z następowym ubytkiem w skórze i tkance podskórnej, wielkości pięciozłotówki. Po dwutygodniowym pobycie na Oddziele chory wypisany do domu w dobrym stanie; zmiany skórne w okresie gojenia.

W miesiąc po wypisaniu z Oddziału, przy badaniu kontrolnym chory czuje się zmęczony, osłabiony i skarży się na bóle w kościach; stwierdza się ubytki w skórze wielkości 20-to-groszówki o dnie poszarpanym, pokrytym ropnymi czopami. Badanie krwi wykonane wówczas wykazało: Hb 52%, krwinek czerwonych 3,150.000, wskaźnik 0,82. Krwinek białych 10.900. Odczyn Biernackiego: 83 średnia z dwóch godzin. Obraz krwi: młodych 4%, obojętnochłonnych wielokształtnych 68%, zasadochłonnych 1%, eozynochłonnych 4%, limfocytów 19%, monocytów 4%. Ciśnienie krwi 105/60 mm Hg.

P r z y p. 2. Chory Bu. lat 23. Przywieziony na Oddział w dniu 8. IV. 1942 r. w stanie nieprzytomnym. Osiem godzin później po odzyskaniu przytomności podaje, że zachorował nagle podczas pracy. Najpierw wystąpiły silne bóle głowy, po upływie 1½ godz. zauważył sinicę warg. Następnie pojawiły się bóle w jamie brzusznej, wymioty oraz gwałtowne drgawki mięśni rąk, nóg i mięśni klatki piersiowej, po czym stracił przytomność. Przed zachorowaniem mieszkał przez 4 dni w mieszkaniu swego szwagra (chor. Pa.), w którym świecono lampę zawierającą połowę ropy i połowę żółtej benzyny. Następnie wyjechał na 3 dni na wieś a po swym powrocie zaraz rozchorował się wśród powyżej podanych objawów.

Badanie przedmiotowe wykazało: u chorego nieprzytomnego skóra ziemisto blada, siniczo podbarwiona, wargi i błona śluzowa jamy ustnej sine. W dolnych częściach płuc trzeszczenia. Serce w granicach prawidłowych, nad ujściami dwa nieco cichsze tony. Ciśnienie krwi 110/60 mm Hg, tętno 110 na minutę, miarowe. Powłoki brzuszne nieco napięte, zmian w narządach jamy brzusznej nie stwierdzono. Chory wymiotuje.

Źrenice równe, oddziaływują na światło, odruchy ścięgniste, skórne żywe. Drżenie włókienkowe mięśni kończyn i klatki piersiowej. Szczękościsk.

Przebieg choroby: z chwilą odzyskania przytomności (po ośmiu godzinach) sinica, charczący oddech, wymioty ustąpiły zupełnie. Ciepłota w pierwszym dniu choroby 38.6° C (przy tętnie 100), w dniach następnych 37° C i poniżej (przy tętnie 62). Ciśnienie krwi w drugim dniu choroby 110/60 mm Hg, w miesiąc później 130/70 mm Hg. Badanie krwi: (8. IV.) Hb 78%, krwinek czerwonych 4,160.000, wskaźnik 0,94, krwinek białych 6400. Odczyn Biernackiego 19,5 średnia z dwóch godzin. Mocz bez zmian. EKG wykonany w pierwszym dniu choroby i w miesiąc później nie wykazał odchyleń od normy. Po tygodniowym pobycie chory opuścił Oddział w zupełnie dobrym stanie.

W miesiąc później kontrolne badanie chorego nie wykazało odchyleń od normy, jedynie w krwi stwierdzono niedokrwistość: Hb 66%, krwinek czerwonych 3,500.000, krwi-

nek białych 8.300, wskaźnik 0.94. Obraz krwi: obojętnochłonnych wielokształtnych 60%, pałeczkowatych 2%, eozynochłonnych 5%, limfocytów 33%. Odczyn Biernackiego 32, średnia z dwóch godzin.

W związku z powyższymi dwoma przypadkami ustalono następujący stan rzeczy. Obaj poszkodowani zamieszkiwali ten sam pokój suterenowy, mały, wilgotny i źle przewietrzany. W pokoju tym stały przy piecu naczynia z benzyną i ropą naftową, które były używane do napełnania lampy i kuchenki prymusowej. Ta sama benzyna znajdowała się w mieszkaniu od trzech tygodni. Do badania otrzymano ją dopiero w kilkanaście dni po wypadku.

Benzyna, barwy żółto pomarańczowej, wykazywała zwykłą bardzo ostrą woń nierafinowanego produktu; na dnie naczynia znajdowało się kilka ml wody i żywicowaty osad. Rozbiór chemiczny benzyny wykazał w niej zaledwie ślady organicznego związku ołowiu, natomiast ciecz wodnista i żywicowaty osad, zebrany z dna naczynia, zawierały znaczną ilość związków ołowiu.

Takie same wyniki uzyskano przy badaniu dostarczonej równocześnie jasno brunatnej i stosunkowo bardzo lekkiej „ropy naftowej".

Analiz ilościowych nie wykonywano wobec oczywistego rozkładu, jakiemu uległy oba płyny w czasie przechowywania; bezpośrednia przyczyna zatrucia została w każdym razie przedmiotowo ustalona. Z wywiadów wynikało, że benzyna, która spowodowała zatrucia i wypadek śmiertelny w rodzinie J., nabyta została z tego samego źródła.

Dnia 15. IV. 1942 dwunastoletni Ję. zaczął wymiotować po spożyciu wieczerzy, następnie zaś stracił przytomność, którą odzyskał dopiero po 30 godzinach na Oddziele I B, dokąd przewieziono go w stanie bezprzytomnym. Po powrocie do świadomości nie miał chory żadnych dolegliwości ;podał, że uległ „zaczadzeniu" gazem, wydobywającym się z palącej lampy.

U chorego stwierdzono: skórę bladą, na palcach rąk lekko sinawo zabarwioną, podobnie wargi sinawo zabarwione. Nad płucami pojedyncze świsty, serce bez odchyleń od normy. Tętno 120/min. miarowe, dobrze napięte, ciśnienie krwi 90/20. Narządy jamy brzusznej bez zmian. Odruchy ścięgniste żywe, źrenice krągłe dobrze oddziaływują na światło.

Badanie krwi wykonane w 3. dniu choroby wykazało: Hb 60%, krwinek czerwonych 2,790.000, wskaźnik 1,04; krwinek białych 6.000. OB : 61,2/2 godz.

Przez pierwsze 3 dni chory gorączkuje do 38—38,2° C, w następnych dniach ciepłota opada do 37,2° i poniżej. Tętno przyśpieszone w pierwszych 2 dniach do 120/min., zwalnia później do 100—90 i wreszcie dochodzi do 80/min. w 6. dniu choroby.

Po tygodniowym pobycie na Oddziele chory wypisany w zupełnie dobrym stanie.

P r z y p. 3. Wypadek ten wydarzył się w mieszkaniu Ję., sąsiadującym również z pokojem zamieszkiwanym przez spokrewnionych Pa. i Bu., w tydzień po zachorowaniu Bu. Na kilka dni przed właściwym wypadkiem zachorowała tam czterdziestokilkoletnia matka, siedmnastoletnia kuzynka i dwunastoletni syn, u wszystkich pojawiły się wymioty i ból głowy; innych dolegliwości w szczególności biegunek nie wymieniono. Schorzenie przypisywano spożyciu „żółtego ciasta", do którego odnosił również swoje zachorowanie wymieniony wyżej Bu.

Z wywiadu wynikało, że używana do lampy benzyna pochodziła i w tym wypadku z tego samego źródła.

O m ó w i e n i e p r z y p a d k ó w zatrucia w mieszkaniach, oświetlanych etylizowanymi mieszankami naftowymi.

Czas, upływający od chwili wdychiwania czteroetylku ołowiu do wystąpienia objawów zatrucia, był w naszych przypadkach różnie długi. U chorego Pa. pojawiły się objawy po 7 dniach przebywania w pokoju, w którym palono w lampie i w kuchence prymusowej etylizowaną mieszankę ropy i benzyny; naczynia z tą mieszanką ustawione były pod piecem i oddzielone tylko małym stolikiem od wezgłowia łóżka, na którym spoczywał Pa., nie opuszczający mieszkania w ciągu całego powyższego okresu.

U chorego Bu. wystąpiły pierwsze objawy zatrucia po powrocie z trzydniowej podróży do mieszkania, które zajmował razem z poprzednio wymienionym chorym.

U chorego Ję. zauważono objawy ostrego zatrucia po upływie bardzo krótkiego czasu od zapalenia lampy.

U zmarłego J. J. wystąpiły objawy zatrucia po kilkunastu-minutowym wdychiwaniu par czteroetylku ołowiu i doprowadziły w ciągu 1½ do 2 godzin do zejścia śmiertelnego. Sekcja wykazała status thymo-lymphaticus, który mógłby tłumaczyć z jednej strony łatwość i szybkość zatrucia, z drugiej zaś strony śmiertelny jego przebieg. Z innych bowiem osób, które przebywały równocześnie w tym samym pokoju, objawy nieznacznego stopnia zatrucia u matki i dwojga starszych dzieci ustąpiły po usunięciu lampy. Bawiące się zaś na ziemi przy drzwiach pięcnastomięczne dziecko nie wykazywało żadnych zaburzeń. Uderzającym było również wystąpienie u J. J. methemoglobinemii w ciągu tak krótkiego czasu.

U dwóch chorych (Bu. i Ję.) wystąpiły jako pierwszy objaw zaburzenia żołądkowe w postaci wymiotów, odbijań, bólów w jamie brzusznej. Dolegliwości powyższe pojawiły się tak gwałtownie i w takim nasileniu, że

chorzy odnosili je do zatrucia spożytą przed chwilą potrawą. Po kilkudziesięciu-minutowym trwaniu tych zaburzeń obydwaj chorzy stracili przytomność. U trzech chorych (Pa., J. J. i matki jego) była utrata przytomności objawem pierwszym, który utrzymywał się u naszych chorych od kilku minut do kilku godzin, w jednym zaś przypadku do czterech dni; utrata przytomności była całkowita. U dwóch chorych pojawiły się na kilka godzin przed objawami żołądkowymi; bóle głowy, drgawki mięśni, rąk i nóg.

Sinica była objawem, który stwierdzano u wszystkich chorych z chwilą utraty przytomnosci i była widoczna przede wszystkim na wargach, błonie śluzowej w jamie ustnej, poza tym u lżej zatrutych na palcach rąk i nóg; u ciężko zatrutego Pa. spostrzegano bardzo dużego stopnia sinicę na twarzy, szyi i kończynach. Chory Bu. zauważył u siebie sinicę na wargach jeszcze przed utratą przytomności, a równocześnie z wystąpieniem żołądkowych objawów zatrucia. Oprócz sinicy przedstawiała skóra zatrutych czteroetylkiem ołowiu barwę ziemisto bladą, była ciepła i wybitnie wilgotna; u ciężko zatrutego chorego Pa. skóra zimna, pokryta zimnym potem. Sinica utrzymywała się przez cały czas trwania nieprzytomności i ustępowała w ciągu kilku dni od chwili powrotu chorych do świadomości.

W okresie utraty przytomności odruchy ścięgniste, mięśniowe i skórne były wzmożone, w przypadku ciężko zatrutego chorego Pa. nawet bardzo silnie wzmożone. Źrenice okrągłe, równe, prawidłowo oddziaływały na światło. U ciężko zatrutego Pa. wystąpił oczopląs horyzontalny. U dwóch zatrutych pojawiały się okresowo drżenia włókienkowe mięśni, które również wywoływano uderzeniem młotka. U jednego chorego (Pa.) stwierdzano w okresie nieprzytomności przykurcz mięśniowy kończyn górnych i dolnych a u chorego Bu. drżenie kończyn. U jednego chorego zaznaczona była sztywność karku, u dwóch chorych w pierwszych godzinach po utracie przytomności silny szczękościsk.

Stan psychiczny chorych przed wystąpieniem objawów zatrucia nie wykazywał zmian, według podania chorych i ich otoczenia. Chorzy nie wykazywali po powrocie do przytomności żadnych zaburzeń psychicznych i pamiętali doskonale okres poprzedzający utratę przytomności. Jedynie chory Pa., który był nieprzytomny przez 4 dni, po odzyskaniu świadomości odpowiadał na pytania niechętnie, patrzył na otoczenie apatycznie, nie wykazując żadnego zainteresowania, nie pamiętał wydarzeń z czasów przed utratą przytomności.

U wszystkich chorych stwierdzano w pierwszych godzinach zatrucia zwiększoną ilość oddechów, które dochodziły do 28 na minutę, były charczące, a na wargach chorych znajdowano białą pianę.

Przyspieszenie tętna, od 100 do 130 na minutę, stwierdzono u wszystkich chorych po wystąpieniu objawów zatrucia. Tętno zwalniało i powracało do normy w ciągu kilku następnych dni (od 60—70 uderzeń na minutę).

Gorączka, stwierdzona u trzech chorych, wynosiła od 37,8—38,6° C. W następnych dwóch, trzech dniach albo zwiększała się, aby później obniżyć się poniżej 37°, albo też opadała już od drugiego dnia powoli do normy. U jednego tylko chorego (Pa.) w kilka dni po spadku gorączki pojawiły się stany podgorączkowe w związku ze zmianami martwiczymi skóry.

Z trzech badanych na Oddziele I B. chorych niskie ciśnienie krwi (110/60 mm Hg i 90/20 mm Hg) stwierdzano u dwóch chorych, u trzeciego chorego ciśnienie krwi wynosiło w dniu zatrucia 130/70 mm Hg, w następnych dniach podwyższyło się do 150/80 mm Hg, a w miesiąc później wynosiło 105/60 mm Hg. U dwóch innych ciśnienie krwi wróciło do normy po miesiącu. Ze strony serca nie stwierdzano zmian, poza nieco cichszymi tonami. Nie znajdywano również odchyleń od normy ani w elektrokardiogramach ani w phonocardiogramach wykonanych w okresie trwania objawów zatrucia i w miesiąc później.

Nad płucami wysłuchiwano u jednego chorego świsty i furczenia, u innych chorych nie stwierdzano odchyleń od normy. W narządach jamy brzusznej, w moczu, nie znajdywano zmian.

Natomiast badanie krwi cytologiczne, wykonane u trzech chorych i odczyn Biernackiego wykazywały duże odchylenia od normy. U wszystkich tych chorych stwierdzano już w pierwszych dniach wystąpienia objawów zatrucia zmniejszoną liczbę krwinek czerwonych (od 2,310.000—4.160.000), zmniejszoną wartość hemoglobiny (od 60% do 78%), przy czym wskaźnik barwny był w dwóch przypadkach nieco wyższy od 1, a w jednym przypadku niższy od 1. Ilość krwinek białych w granicach normy; kontrola krwi, wykonana w miesiąc po wystąpieniu objawów zatrucia, wykazywała utrzymywanie się niedokrwistości (krwinki czerwone 3.150.000 do 3.500.000, Hb od 52% do 66%, wskaźnik barwny od 0,82 do 0,94). W obrazie krwi nie stwierdzano wybitniejszych odchyleń od normy, a w szczególności nie zauważono zasadochłonnego nakrapiania krwinek czerwonych.

Odczyn Biernackiego już w pierwszych dniach wystąpienia objawów zatrucia wykazywał zwiększone opadanie krwinek i wynosił od 19,5 do 61,5 średnia z dwóch godzin. Przyspieszone opadanie krwinek utrzymywało się, a nawet nasiliło w miesiąc później,

chociaż stan chorych był zupełnie dobry (32 do 83 średnia z dwóch godzin).

Przypadki ostrego zatrucia czteroetylkiem ołowiu porównuje Teleky do ostro przebiegającej encephalppatii ze względu na objawy nerwowe, występujące na planie pierwszym w postaci podniecenia podobnego do delirium tremens, bezsenności, napadów drgawek itd., które według tego autora doprowadzają do szybkiego zejścia śmiertelnego. Machle podkreśla również w ostrym zatruciu czteroetylkiem ołowiu bezsenność, podniecenie psychiczne, niepokojące i straszne sny. Według Mc Nally objawy ostrego zatrucia ołowiem są zależne od tego, czy ołów dostał się do ustroju w postaci soli ołowiu, czy też drogą inhalacji. W tym drugim wypadku rozwija się obraz encephalopatii, z drgawkami, nieprzytomnością, a już po 24 godzinach mogą wystąpić objawy spostrzegane w zatruciu przewlekłym. W 25 przypadkach zatrucia czteroetylkiem ołowiu, spostrzeganych przez D. Cassells i E. C. Dodds, najwcześniejszym objawem były zaburzenia snu jak bezsenność, okropne sny, zaburzenia przewodu pokarmowego w postaci bólów, zaparcia stolca i biegunki, wymiotów, wreszcie objawy ze strony układu nerwowego jak podniecenie, lęki, zmęczenie, a nawet w jednym przypadku nieprzytomność. W przypadkach opisywanych przez tych dwóch autorów występowały zmiany psychiczne, objawy maniakalne ze skłonnością do samobójstwa.

W naszych przypadkach zatrucia czteroetylkiem ołowiu uderzały pewne objawy, które różniły się od objawów opisywanych w dostępnym nam piśmiennictwie. I tak, mało uwagi zwraca się w odnośnym piśmiennictwie na sinicę, o której wspominają tylko Cassels i Dodds (w jednym przypadku na 25 spostrzeganych przyp.), natomiast w naszych przypadkach sinica była jednym z pierwszych i głównych objawów zatrucia. Nie znaleźliśmy w piśmiennictwie wzmianki o przyspieszeniu opadania krwinek, które w naszych przypadkach występowało już w pierwszych dniach ujawnionego zatrucia i utrzymywało się przez czas dłuższy.

Niedokrwistość, która występowała u naszych chorych, była o wiele większa aniżeli w przypadkach opisanych przez wyżej cytowanych autorów i przebiegała ze wskaźnikiem wyższym lub nieco tylko niższym od jedności. Brak było zasadochłonnego nakrapiania krwinek czerwonych, co potwierdzają również obserwacje innych autorów. Badania zaś Vigdorczyka wykazują, że objaw ten, charakterystyczny dla przewlekłego zatrucia ołowiem, nie występuje we wczesnym okresie zatrucia. Należy jeszcze nadmienić, że niedokrwistość w naszych przypadkach występowała we wczesnych okresach zatrucia i utrzymywała się przez długi czas po ustąpieniu innych objawów zatrucia.

Spostrzeżenia nasze odnośnie do ciepłoty ciała były odmienne niż to zwykle podają w piśmiennictwie, gdyż u chorych naszych stwierdziliśmy gorączkę a nie hipotermię (Mc Nally i in.). W przypadkach naszych stwierdzaliśmy również przyspieszenie tętna, a nie zwolnienie, tak jak to podają inni.

Opisywane w piśmiennictwie zagranicznym obniżenie ciśnienia krwi spostrzegaliśmy w dwóch przypadkach, u jednego natomiast chorego wystąpiło wcześnie podwyższenie ciśnienia krwi, które utrzymywało się przez 2 tygodnie, by później obniżyć się poniżej punktu wyjściowego. U tego też chorego stwierdzono zmiany martwicze w skórze i tkance podskórnej na tle zmian naczyniowych. W pierwszym wreszcie przypadku, który zakończył się zejściem śmiertelnym, stwierdzono methemoglobinemię, objaw dotychczas nienotowany w dostępnym nam piśmiennictwie.

W przypadkach naszych, które uległy zatruciu pod wpływem wdychiwania par czteroetylku ołowiu ze świecącej się lampy, wybijały się na plan pierwszy uszkodzenia: 1) ośrodkowego układu nerwowego, 2) szpiku kostnego, 3) chemizmu białek. Uszkodzenia odnośnie do punktu 1 i 2 są powszechnie znane i opisywane, zwłaszcza jeśli chodzi o zmiany ośrodkowego układu nerwowego. W związku z niedokrwistością stwierdzało się pewne odchylenia od opisów znanych z piśmiennictwa, gdyż niedokrwistość w naszych przypadkach była wczesna, dużego stopnia i przebiegała ze wskaźnikiem przeważnie powyżej jedności. Pod wpływem zatrucia czteroetylkiem ołowiu występowały w naszych przypadkach zaburzenia w chemizmie białek, dotychczas nie opisywane. Zaburzenia te przejawiały się występowaniem dużej sinicy, którą przy braku zmian w krążeniu można było jedynie tłumaczyć uszkodzeniem hemoglobiny w jej komponencie białkowej, a przez to osłabieniem zdolności wiązania tlenu. Stąd zmiana stosunku oksyhemoglobiny do hemoglobiny zredukowanej, która klinicznie wyrażała się sinicą. Wcześnie pojawiające się i utrzymujące się następnie przez długi czas przyspieszenie opadania krwinek czerwonych było wyrazem zmiany stosunku albuminów do globulinów i przemawiało również za uszkodzeniem chemizmu ciał białkowych. Methemoglobinemia w przypadku przebiegającym ze zejściem śmiertelnym świadczyła także o uszkodzeniu hemoglobiny oraz jej funkcji. Nie jest wykluczone, że nawet i gorączka, która występowała w naszych przypadkach, była również następstwem rozpadu białka.

Ujęte przez nas w powyższych trzech punktach zmiany występowały w przypadkach zatrucia, wywołanych wdychiwaniem par

zawierających czteroetylek ołowiu, wydzielających się z palącej się lampy, względnie także z naczynia zawierającego benzynę etylizowaną, przechowywanego w mieszkalnej izbie. Przypadki te różniły się klinicznie od zatruć wywołanych przez wdychiwanie par wydobywających się ze stężonych preparatów czteroetylku ołowiu, przy równoczesnym wchłanianiu się tego środka przez skórę. W tych ostatnich bowiem przypadkach nie stwierdzano zaburzeń w chemizmie białkowym, niedokrwistość zaś nie była duża. Wytłumaczenie tych różnic w obrazie klinicznym obu rodzajów zatruć jest trudne. Można jedynie przypuszczać, że pary czteroetylku ołowiu, zmieszane z gazami spalinowymi oraz parami benzyny, ulegają niezwykle szybkiemu wchłanianiu, wywołując objawy niespotykane w tych przypadkach, w których wchłanianie czteroetylku ołowiu przebiegało znacznie wolniej. Prawie że nieprawdopodobne byłoby przypuszczenie, iż w atmosferze płomienia benzyny etylizowanej wytwarzają się związki ołowiu o działaniu znacznie silniej gwałtownym, w porównaniu z czteroetylkiem.

Jak wyżej wspomniano, zauważa Mc N a l l y, że objawy ostrego zatrucia ołowiem są różne, zależnie od tego, czy ołów dostał się do ustroju w postaci stałych związków, rozpuszczalnych w wodzie, czy też połączeń o rozpuszczalności tłuszczowej, drogą inhalacji względnie także wchłaniania przez skórę. W tym drugim typie rozwija się obraz encephalopatii z drgawkami i nieprzytomnością. Możemy do tego dodać na podstawie naszych spostrzeżeń, że o ile inhalacja czteroetylku ołowiu odbywa się przy współudziale spalanej równocześnie benzyny, zatrucie następuje niezwykle szybko i doprowadza do ciężkich objawów, często kończących się śmiercią. Poza tym ulega uszkodzeniu nie tylko ośrodkowy układ nerwowy, ale również wcześnie i na długi czas zostaje uszkodzony szpik kostny i następują zaburzenia w chemizmie białek ustrojowych.

Niezwykle ostry przebieg zatruć w przypadkach zastosowania benzyny etylizowanej w lampach oświetlających lub prymusach tłumaczy się wytworzeniem w atmosferze dużego stężenia czteroetylku ołowiu, ulatniającego się w wysokiej temperaturze płomienia. Dopływ powietrza w tego rodzaju palnikach z reguły nie wystarcza dla doszczętnego spalenia czteroetylku ołowiu aż do tlenku ołowianego, wody i dwutlenku węgla, tym więcej, że czteroetylek ołowiu chroniony jest w tych przypadkach przed działaniem tlenu przez nadmiar niespalonych węglowodorów, ewentualnie także powstającego równocześnie tlenku węgla; możliwe jest również współdziałanie dwutlenku węgla w ułatwieniu i przyspieszeniu wchłaniania czteroetylku ołowiu.

W r o z p o z n a n i u r ó ż n i c o w y m między przewlekłym zatruciem ołowiem a zatruciem czteroetylkiem ołowiu należy podkreślić, poza wspomnianym już powyżej brakiem zasadochłonnego nakrapiania krwinek czerwonych, niewystępowanie rąbka ołowiczego na dziąsłach, brak typowej kolki ołowiczej, brak zaburzeń ze strony nerek i stawów, które cechują przewlekłe zatrucie ołowiem. Zmiany ze strony układu nerwowego w ostrym zatruciu czteroetylkiem ołowiu nie doprowadzają tak, jak w przewlekłej ołowicy do różnego rodzaju porażeń nerwów obwodowych. I na odwrót w przewlekłym zatruciu ołowiem rzadko występuje encephalopatia, tak częsta w zatruciu ostrym.

W zatruciu ctzeroetylkiem ołowiu należy przy różniczkowaniu mieć na uwadze zatrucia, wywołane tlenkiem węgla, alkoholem, chlorowcowęglowodorami, grzybami, barbiturowcami, dalej azotynami i nitrozwiązkami oraz aminami aromatycznymi, przede wszystkim aniliną i jej pochodnymi. Obraz encephalopatii, występującej w ostrym zatruciu czteroetylkiem ołowiu, może być podobny do zaburzeń mózgowych w mocznicy, w guzach mózgu, stwardnieniu tętnic mózgowych, zmianach kiłowych układu nerwowego.

Pojawianie się methemoglobinemii w przypadkach zatruć czteroetylkiem ołowiu znajduje pewną analogię w zachowaniu się ustroju zatrutego azotynami względnie nitrozwiązkami. W tych bowiem przypadkach methemoglobinemia pojawia się od razu tylko pod wpływem nagłego zadziałania dużych dawek; przy zatruciach mniej ostrych methemoglobinemia zjawia się albo później, albo też nie spostrzega się jej zupełnie. Odmienny obraz otrzymujemy przy zatruciach aminami aromatycznymi, mimo to, że mechanizm zatrucia wydaje się bardzo zbliżony do zatruć nitrozwiązkami aromatycznymi, ponieważ obie grupy substancji wytwarzają w ustroju to samo stadium pośrednie, tj. pochodną hydroksylaminową. Zatrucia aminami aromatycznymi przebiegają od samego początku z wybitną methemoglobinemią.

Wydaje się, że zarówno przy zatruciach czteroetylkiem ołowiu jak i zatruciami nitrozwiązkami odbywa się zaatakowanie hemoglobiny na drodze dłuższej, względnie ze znacznie mniejszą szybkością. Przyspieszenie tego mechanizmu wymaga gwałtownego uderzenia dużą dawką szkodliwego czynnika, być może uszkadzającego te układy, które przy mniejszych dawkach potrafią jeszcze przetworzyć powstającą methemoglobinę, zapobiegając jej nagromadzeniu się we krwi.

L e c z e n i e ostrego zatrucia ołowiem polega przede wszystkim na usunięciu chorego

z atmosfery zatrutej. W razie niepokoju, bezsenności, podaje się środki uspakajające, najlepiej z grupy barbiturowców. O ile zachodzi podejrzenie, że zatrucie nastąpiło przez zażycie soli ołowiowych, należy przepłukać żołądek, dodając siarczanu magnezu lub siarczanu sodu. W razie bólów podaje się przetwory makowca (opium), z wyjątkiem morfiny, która jest przeciwwskazana. Po przepłukaniu żołądka powinna dieta składać się z mleka, jaj i sucharków, z codziennym dodatkiem 15,0 g siarczanu magnezu. Wskazane są duże ilości płynów dla wzmożenia należytego wydalania ołowiu.

W przypadkach cięższych stosuje się dożylne wstrzykiwanie 5%-owej glikozy w roztworze soli fizjologicznej, w ilości do 3 litrów dziennie. Cassels i Dodds polecają hegary z nasyconego roztworu siarczanu magnezu (110 do 170 g) jako środka uspokajającego. Machle stosuje dożylnie 2—4 g 2%-owego roztworu siarczanu magnezu, z równoczesnym podawaniem doustnie środków z grupy barbiturowców.

Wnioski

1. Zatrucie czteroetylkiem ołowiu wykazuje różne objawy kliniczne, zależnie od sposobu dostania się tej trucizny do ustroju.

2. W przypadkach inhalacji czteroetylku ołowiu, ulatniającego się w temperaturze zwyczajnej, połączonych zwykle z resorpcją czteroetylku ołowiu przez skórę (zatrucia najczęstsze), występują na pierwszy plan objawy ośrodkowego układu nerwowego, opisane głównie w piśmiennictwie anglo-amerykańskim i potwierdzone w spostrzeganych przez nas przypadkach.

3. Inhalacja par wytwarzanych przy spalaniu benzyny zawierającej czteroetylek ołowiu wywołuje również uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, do którego jednak dołącza się dużego stopnia uszkodzenie szpiku kostnego i zaburzenia w chemizmie białek.

Obie ostatnio wyszczególnione zmiany mogą być również częściowo zaznaczone w grupie zatruć wymienionych w punkcie 2), występują jednak na planie dalszym i nie przeważają w obrazie klinicznym tak, jak w przypadkach zatruć przytoczonych w punkcie trzecim.

4. Zaburzenia w chemizmie białek ustrojowych doprowadzają do wystąpienia takich objawów klinicznych, jak sinica, wzmożone opadanie krwinek, methemoglobinemia, gorączka.

Silne uszkodzenie szpiku kostnego wywołuje niedokrwistość, która pojawia się jako jeden z pierwszych objawów zatrucia, utrzymuje się przez czas długi i przebiega ze wskaźnikiem raczej powyżej jedności.

PIŚMIENNICTWO

Baldeschwieler E. L.: Determination of tetraethyl lead in ethyl gasoline. Ind. Eng. Chem. 4. 101 (1932). — Cassels D. and Dodds E. C.: Tetra-ethyl lead poisoning. British Medical Journ. 1946, 681. — Chajes Beno: Bleivergiftung. Neue Deutsche Klinik, t. 2, str. 75 (1928). — Christiani V.: Ueber 3 Fälle von Blei-Vergiftung. Fühner-Wieland Sammlung v. Vergift. 10, A 53 (1939). — Machle W. F.: J. Amer. med. Assoc. 105, 578 (1935). — McNally F.: Toxicology, Chicago 1937. — Störring E.: Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilkunde 148, 262 (1939). — Taeger Harald: Zur Frage der Bleitetraäthyl - Vergiftung. Fühner-Wieland Samml. v. Vergift. 11, str. A 5 (1940). — Taeger H.: Die Klinik der entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten. Berlin 1941.

Dr med. MARIA BYRDY Kraków
st. asyst. Zakładu

O samobójstwach kombinowanych

Z Zakładu Medycyny Sądowej U. J. w Krakowie.
Kierownik: Prof. Dr J. Olbrycht.

Mimo bardzo obszernego piśmiennictwa omawiającego zagadnienie samobójstwa, piśmiennictwa opartego na bogatym materiale statystycznym i oświetlającego to zjawisko pod różnym kątem widzenia nie poświęcono wiele uwagi sprawie samobójstw kombinowanych i zajmują one znikomy odsetek w każdej niemal statystyce. Jest to zrozumiałe o tyle, że statystyki obejmują zazwyczaj ogólną liczbę przypadków samobójstw zaszłych w pewnych okresach czasu, w których istotnie stosunek samobójstw kombinowanych do ogólnej liczby samobójstw jest zbyt mały, aby można na tej podstawie wysnuwać jakieś ogólniejsze wnioski.

W piśmiennictwie kazuistycznym znajdujemy opis poszczególnych przypadków samobóstw kombinowanych budzących zainteresowanie z uwagi na niezwykły sposób kombinowania (przyp. Biełoszabskiego, Gilels, Goldmanowej, Weinberga, Waleckiej, Tucholskiego, Mangili'ego, Schwana i i.). Poza tym przypadki te podciąga się pod ogólną analizę wszystkich objętych statystyką samobójstw. Nawet tak wszechstronna monografia, jedna z pierwszych na szeroką skalę opracowana, jaką jest monografia Morselli'ego, poparta licznymi zestawieniami państw głównie europejskich, obejmująca różne okresy ubiegłego stulecia, nie poświęca zgoła żadnej uwagi przypadkom samobójstw kombinowanych. Z nowszych monografii znajdujemy u Weichbrodta przy opisywaniu sposobów pozbawienia się życia jedynie krótką wzmiankę o możliwości kombinowania się tychże.

W Krakowskim Zakładzie Medycyny Sądowej w okresie 60-letnim od r. 1881—1940 na ogólną liczbę zwłok samobójców poddanych oględzinom lub obdukcji, która wynosiła 1711, było 25 przypadków kombinowanych samobójstw, a więc zaledwie 1,46%,

w tym 18 mężczyzn i 7 kobiet. Spośród nich 7 przypadków dotyczyło osób umysłowo chorych względnie osób, u których stwierdzono rozstrój nerwowy, co do reszty brak danych lub też były one niedokładne. W jednym przypadku (nr sekc. 8/1900) można było z dużym prawdopodobieństwem wykluczyć chorobę umysłową, ponieważ, jak wynika z objaśnień w protokole sekcyjnym, samobójca „przesłuchiwany w Sądzie Karnym w sprawie o zbrodnię sprzeniewierzenia po ogłoszeniu mu aresztu śledczego poszedł do ustępu, wypił kwasu solnego i strzelił sobie w pierś".

Kombinowanie różnych sposobów samobójczych przedstawiało się następująco:

otrucie i skok z wysokości	1 mężyzna i 3 kobiety	
„ „ poderżnięcie szyi	1	„
„ „ postrzał	1	„
„ „ „ i skok z wysokości	1	„
otrucie i utopienie	1	„
„ „ przecięcie naczyń w przegubach i połknięcie ciała obcego	1 mężczyzna	
otrucie podwójne (różnymi drogami)	1 kobieta	
poderżnięcie szyi i powieszenie	1 mężczyzna	
„ „ „ utopienie	1	„
poderżnięcie szyi i skok z wysokości	1	„
poderżnięcie szyi i rzucenie się pod pociąg	1 mężczyzna	
poderżnięcie szyi i rany cięte brzucha i postrzał szyi i klatki piersiowej	1 mężczyzna	
przecięcie naczyń w przegubach i skok z wysokości	1 mężczyzna	
przecięcie naczyń w przegubach i powieszenie	1	„
rany kłute i utopienie	1 kobieta	
postrzał klatki piersiowej i skok z wysokości	1	„
postrzał klatki piersiowej i przejechanie przez pociąg	1 mężczyzna	
skok z wysokości i przejechanie przez pociąg	1 mężczyzna	
oparzenie i skok z wysokości	1 kobieta	
udławienie się ciałem obcym i zadzierżgnięcie	1 mężczyzna	

W zestawieniu tym zwraca uwagę jako najczęstszy rodzaj kojarzenia się sposobów: otrucie i skok z wysokości (z przewagą kobiet 1:3) oraz otrucie i postrzał (reprezentowany przez mężczyzn). Tylko jedna kobieta użyła broni i jedna wybrała rany kłute. Te szczupłe dane pokrywają się z wynikami statystyk zwykłych samobójstw, z których wynika, że kobiety niechętnie wybierają środki gwałtowne, krwawe, czy też połączone z bólem, a z przytoczonego zestawienia wynika, że najczęściej wybierały skok z wysokości.

Spośród 7 przypadków chorych umysłowo względnie osób, które cierpiały na rozstrój nerwowy, było 5 mężczyzn i 2 kobiety. Jedna kobieta otruła się środkami nasennymi i gazem świetlnym; druga oblała się benzyną, podpaliła, a następnie wyskoczyła z okna. Z pięciu mężczyzn jeden zażył truciznę i wyskoczył z okna; drugi podciął sobie szyję i wyskoczył z okna; trzeci podciął sobie szyję i rzucił się pod pociąg; czwarty wyskoczył z okna, doznając stłuczenia głowy, które jednak pozwoliło mu na odbycie pewnej drogi i rzucenia się pod pociąg; piąty wetknął sobie kawałki chleba do tchawicy i zadzierżgnął się. Ten ostatni przypadek, podobnie jak i samobójcze oparzenie i skok z wysokości oraz skok z wysokości i rzucenie się pod pociąg należy podkreślić jako wyjątkowo rzadkie sposoby kombinowania się. Na uwagę zasługuje także przypadek 34-letniego mężczyzny (nr sekc. 350/35), który podciął sobie naczynia krwionośne w przegubach łokciowych i garstkowych i rzucił się z III piętra na bruk, ponosząc śmierć na miejscu. Przy denacie znaleziono większą ilość siarczanu miedzi. Przemawiałoby to za tym, że samobójca na wypadek nieudania się obu tych rodzajów samobójstwa przygotował jeszcze trzeci rodzaj. Kombinowanie się trzech rodzajów samobójstwa należało do bardzo rzadkich, bo tylko w dwóch przypadkach można było je stwierdzić, najczęściej więc kombinowały się dwa rodzaje sposobów.

Wiek samobójców tej grupy nie przedstawia nic charakterystycznego, co się zaś tyczy zawodu, to w wielu przypadkach szczególnie z okresu pierwszych 30 lat w ogóle brak danych. Brak również danych dotyczących motywów samobójstw, chociażby domniemanych.

Samobójstwa kombinowane budzą zainteresowanie zarówno z uwagi na rodzaj użytych środków, na sposoby i kolejność ich kombinowania się, jak i z uwagi na stan psychiczny i motywy dokonania czynu.

Narastające z roku na rok statystyki przypadków samobójstw i wnikliwa ich analiza zarówno pod względem socjologicznym, etyczno-moralnym i biologicznym zmuszają do traktowania tego przejawu życiowego jako zjawiska wielowymiarowego, wymagającego w każdym poszczególnym przypadku wszechstronnego rozpatrzenia. Dotychczasowe statystyki posiadają charakter analizy ilościowej zjawiska samobójstwa na przestrzeni czasu, w zależności od płci, wieku, tła socjalnego itp. Niewiele poświęcono dotąd uwagi analizie psychologicznej samobójców. Pobudki i motywy są zawsze przesłonięte mgłą tajemniczości, a listy pozostawione przez samobójców, czy też ich wynurzenia wobec bliskich odsłaniają w statystyce tylko to, co samobójcy chcą wyjawić, a co otoczenie zechce uznać za szczere, względnie co otoczenie, ukrywając właściwe motywy, do urzędowych notatek podaje. W większości przypadków podaje się motywy domniemane i dlatego statystyce motywów nie należy przypisywać szczególniejszego znacze-

nia. Klasyfikacja psychiczna i psychologiczna samobójców jest niesłychanie trudna i jakiekolwiek uogólnienia w każdym poszczególnym przypadku mogą zawodzić, szczególnie tam, gdzie chodzi o osobników zupełnie zdrowych, których nieoczekiwane targnięcie się na własne życie może stać się dla wszystkich zagadką. Jeśli wziąć pod uwagę motywy samobójstw rzeczywiste czy też domniemane, to narzuca się pytanie, dlaczego te same powody czasem błahe, czasem poważne, a nawet kataklizmy życiowe każą jednym pozbawiać się życia, drugim pozwalają przeżyć je w atmosferze szerszych zainteresowań i głębszych refleksyj przechodzących daleko poza granice osobistego dramatu. Odpowiedź na to pytanie jest zbyt zawiła, ażeby można było nawet drogą najsubtelniejszej analizy psychologicznej uznać ją za wyczerpującą. Będzie ona w każdym poszczególnym przypadku ściśle indywidualna, zależna od struktury duchowej każdego samobójcy. Tak zawsze szeroko i bezkrytycznie stawiane u samobójców rozpoznanie — „neuropsychopathia" nie rozwiązuje zagadnienia bez reszty, bo już obserwacja życia codziennego roztacza przed nami tak szeroką skalę różnych odcieni psychopatii a nierzadko i silnych akcentów psychopatycznych, że twierdzenie, iż każdy z reprezentantów psychopatii w pewnych warunkach może popełnić samobójstwo byłoby zbyt ryzykowne. Każdego człowieka życie doświadcza, a nie każdy od niego ucieka.

Stan duchowy samobójców w momencie dokonywania czynu względnie w okresie poprzedzającym jest wyjątkowy, na co wszyscy autorzy się zgadzają. Na czym ta wyjątkowość polega, pozostaje w dowolnej interpretacji badacza. Toteż W e i c h b r o d t słusznie podaje obrazowe określenie dla zilustrowania tych wyjątkowych stanów, np. w przypadkach samobójstw z miłości jako „reakcje krótkiego spięcia". Określenie to można by jednak zastosować do wszystkich innych przypadków i to zarówno tam, gdzie chodzi o osobników na pozór zupełnie zdrowych, jak i do osobników „słabych", cechujących się w normalnych warunkach pewną chwiejnością nastrojów, gdzie szybko może przyjść niezłomne postanowienie skrócenia życia, u których chwilowe niepowodzenie czy niekorzystna konstelacja życiowa wywołuje stan afektywny znoszący wszelkie hamulce, zagłuszający głosy rozsądku, odrzucający względy uczucia. Decyzja i krok stanowczy przychodzą wówczas szybko, gwałtownie, u innych osobników to stanowcze posunięcie poprzedza okres trzeźwej rozwagi i wyboru pomiędzy najsilniejszym z instynktów, jakim jest instynkt samozachowawczy a radykalnym środkiem uwalniającym od wszelkich przykrości, jakie życie nasuwa. Efekt tej rozwagi zależy od siły jednego czy drugiego czynnika. Wszak instynkt samozachowawczy, tkwiący głęboko w każdym jestestwie i sprzężony z nim nierozłącznie jest motorem w walce o byt. Pochłonięci wrażeniami dnia codziennego nie zastanawiamy się nad jego istotą i wartością, ale w momentach krytycznych dochodzi on do głosu, zaostrza zmysły, potęguje siły, wyzwala wszystkie automatyzmy. Stąd też najczęściej bierze on górę.

Na tle tych rozważań można by z pewnym prawdopodobieństwem przyjąć dla przypadków kombinowanych samobójstw i to tylko dla nielicznych tę właśnie zimną rozwagę, która poza niezłomnym postanowieniem odebrania sobie życia pozwoli jeszcze na wybór środków stosownie do warunków i otoczenia. Nie wyklucza to zgoła, że ktoś nawet w stanie chwilowego podniecenia czy rozdrażnienia może również dwoma czy kilkoma sposobami targnąć się na życie. Użyte sposoby mogą po sobie kolejno szybko następować, albo wzajemne następowanie może odbywać się w pewnych odstępach czasu. Środki te mogą być niezawodne, jeśli by nawet samobójca poprzestał na jednym z nich. Odpowiedzi na pytanie, dlaczego samobójca wybiera większą ilość środków można by znaleźć wiele. Albo kieruje nim obawa przed możliwością odratowania, albo nie mogąc doczekać się śmierci po zastosowaniu jednego ze sposobów chwyta się następnego, drugiego, a nawet trzeciego sposobu, jako wyraz pewnego rodzaju zniecierpliwienia, albo jeśli jeden z użytych sposobów przynosi dużo cierpień, wówczas samobójca przechodzi do bardziej skutecznego. O ile jednak w jednych przypadkach ból może dać impuls do dalszego działania, o tyle w innych może zahamować dalsze postępowanie. Należy też przypuszczać, że niektóre z przypadków samobójstw kombinowanych pozostałyby w kategorii zwykłych samobójstw, gdyby samobójcy poprzestali na jednym tylko sposobie, który wprawdzie jest ogólnie uznany za śmiertelny, ale nie za działający doraźnie. Z drugiej zaś strony niektóre z przypadków samobójstw dokonanych jednym jakimś sposobem przeszłyby do kategorii samobójstw kombinowanych, gdyby przez swoje zadziałanie nie zostało uniemożliwione zastosowanie jeszcze innego środka. Dowodzą tego przypadki samobójstw dokonanych jednym, ale wielokrotnie użytym sposobem oraz przypadki, w których znaleziono przygotowane dalsze środki.

Środki użyte są różne, kojarzenie ich różnorakie. Trudno też mówić, ażeby pewne kombinacje były charakterystyczne dla pewnych okresów czasu i dla pewnych kategorii ludzi. Na ogół przypadki te wtłacza się w odnośne statystyki z uwzględnieniem tego sposobu, który był śmiertelnym względnie, który szybciej zejście wywołał. Sposoby po-

zbawienia się życia bywają niejednokrotnie bardzo wyszukane i te przypadki przechodzą do piśmiennictwa. W większości tyczą się one osób umysłowo chorych, których liczba w każdej mniej więcej statystyce wynosi około 10% wedle obliczeń Weichbrodta i innych. Zwraca przy tym uwagę niezwykła pomysłowość w doborze środków u umysłowo chorych. Z jednej strony wpływa na to zmniejszona wrażliwość na ból u tych osobników, z drugiej zaś strony może to być wynikiem odcięcia ich np. przez nadzór w zakładach zamkniętych od zwykłych środków, jakimi samobójcy się posługują.

PIŚMIENNICTWO

1. Bieloszabski W.: Czas. Sąd.-Lek., 1930, Z. 1. 2. Courbon P.: wg ref. Dtsch. Z. gerichtl. Med. 1935, Bd. 25. — 3. Gilels W.: Czas. Sąd.Lek., 1931, Z. 4. — 4. Klęsk A. E.: Przegl. Lek. 1900, Nr 3, 4 i 5. — 5 Mangili C.: wg ref. Dtsch. Z. gerichtl. Med. 1935, Bd. 24. — 6. Morselli H.: Der Selbstmord. Lipsk 1881. — 7. Schwan: wg ref. Dtsch. Z. gerichtl. Med. 1935, Bd. 24. — 8. Stanisz J.: Czas. Sąd.-Lek. 1935, Z. 4. — 9. Tucholski T.: Czas. Sąd.-Lek. 1933. Z. 3—4. — 10. Wachholz L.: Przegl. Lek. 1893, Nr 2 i 5. — 11. Wałęcka H.: Czas. Sąd.-Lek. 1938, Z. 3. — 12. Weichbrodt R.: Der Selbstmord. Bazylea, 1937. — 13. Weinberg B.: Czas. Sąd.-Lek. 1931, Z. 3.

HISTORIA MEDYCYNY

Dr KAROL SPETT
st. asystent
Kraków

Filip Pinel
reformator psychiatrii

Z Kliniki Neurologiczno - Psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Dyrektor: Prof. Dr E. Brzezicki.

Po raz pierwszy widzimy go jako kilkunastoletniego młodzieńca, idącego w towarzystwie ojca na polowanie. Ojciec jest lekarzem w małej mieścinie Saint-Paul-Cap de Joux. Syn prócz strzelby niesie książkę, a gdy jego towarzysz zajmuje się tropieniem zajęcy i kuropatw, siada pod drzewem i czyta, nie podziela bowiem namiętności ojca, czuje raczej odrazę na widok trzepocącej się drobnej zwierzyny, która stanowi trofea tego polowania.

W takich barwach odmalowują francuscy biografowie wczesną młodość Pinela, niewątpliwie w celu podkreślenia, że był niezwykłym chłopcem.

Być może, że słusznie, gdyż krótkie, przypadkowe spotkanie z biskupem z Lavaur zdaje się świadczyć, że Pinel już wcześnie ujmował otoczenie swoją indywidualnością. Biskup umieszcza go w seminarium, pragnąc powiększyć kadry sług Kościoła o jednego zdolnego człowieka. Być może, że przewidujący protektor już w latach 60-tych XVIII stulecia wyczuwał walkę, jaką Kościół będzie musiał stoczyć z nadciągającą rewolucją, o której myślano i mówiono. Chciał dać instytucji, z którą był związany, jak najwięcej tęgich pracowników.

Jednak już w seminarium Pinel idzie swoją własną drogą, czyta to, czego czytać nie wolno, a czym zachwyca się współczesna młodzież Francji. Przede wszystkim więc Montesquieu, chorąży walki z despotyzmem, twórca myśli o podziale władz, Voltaire, siewca idei humanitarnych, mistrz eleganckiego i błyskotliwego stylu i Jean Jacques Rousseau, nierealny fantasta, głoszący powrót do przyrody. Pod wpływem tej lektury przerywa w 22 roku życia studia teologiczne i wstępuje na uniwersytet w Tuluzie, pragnąc zostać lekarzem tak, jak jego ojciec i dziadek. Tytuł magistra uzyskuje na podstawie tezy: „De la réclitude, que l'étude des mathématiques imprime au jugement dans son application aux sciences". Tytuł tezy świadczy o skłonnościach młodego magistra do ścisłego myślenia, choć równocześnie pisze nagradzane poezje liryczne. W r. 1773, a więc w 28 roku życia zostaje doktorem medycyny na podstawie rozprawy, która zaginęła.

W rok później udaje się na studia kliniczne do Montpellier, którego uniwersytet słynął z tego, że doktoranci synowie bogatych rodziców kupowali tezy doktorskie od ubogich kolegów. Pinel był jednym z redaktorów tych dobrze płatnych prac naukowych. Równocześnie uczy się pilnie po angielsku, a znajomość tego języka odda mu w niedalekiej przyszłości cenne usługi. W r. 1778 bowiem przenosi się do Paryża, gdzie początkowo utrzymywał się z lekcji matematyki i tłumaczeń z angielskiego. Największym wyczynem w tej dziedzinie był przekład dzieła angielskiego psychiatry Cullen'a „Institutions de médicine pratique", co prócz sławy przyniosło także honorarium autorskie w wysokości 1.000 franków.

Pierwsze kroki w stolicy były ciężkie dla młodego przybysza z prowincji, a odbija się to w listach do brata, w których skarży się na ekskluzywność wielkiego świata lekarskiego, powoli jednak wsiąka w paryskie życie i pewnego dnia młody monsieur Philippe pojawia się w politycznym salonie madame Helvetius, gdzie wśród wielu libertynów i wolterianinów spotyka głośnego Lavoisier'a i Franklina, opromienionego już wtedy sławą człowieka, który wydarł grom niebu i berło tyranom. Szczególnie ten ostatni wywarł duży wpływ na Pinela, który brał pod rozwagę możliwość wyjazdu do Ameryki, ale tylko do czasu, póki nie zadomowił się jako tako w Paryżu.

Mesmeryzm, podówczas modny w paryskich salonach nie wywołał entuzjazmu u Pinela, przeciwnie odniósł się do tajemniczych praktyk z całym realizmem gallickim, utrzymując w liście do brata: „tylko wśród pań panuje nadzwyczajne zaintere-

sowanie dla tej medycyny, a ponieważ zachodzi potrzeba dotknięć i rozwinięcia pewnej zręczności u magnetyzującego lekarza, nic dziwnego, że uważają to za miłe".

Stopniowo zaczyna praktykować i umacnia swoją pozycję. W r. 1782 zostaje redaktorem „Gazette de Santé", którą kieruje przez 7 lat. Publikuje w niej cały szereg młodzieńczych prac, rozpoczynając od „Articles sur l'hygiene" (r. 1784), jako widomy znak swoich początkowych zainteresowań zagadnieniami higieny.

W tym czasie jeden z przyjaciół Pinela zachorował na jakąś chorobę umysłową i to skłoniło 38-letniego podówczas lekarza do zajęcia się tą gałęzią medycyny. Rozczytuje się więc w literaturze klasycznej (Hippokrates, Celsus, Galen) i drukuje kilka drobniejszych prac, jak np. „Les accès de mélancolie ne sont-ils pas toujours plus fréquants et plus à craindre durant les premiers mois de l'hiver"? i „Observations sur le régime moral, qui est le plus propre a rétablir, dans certains cas, la raison égarée des maniaques". Uzyskuje także honorowe wyróżnienie za pracę na temat „Indiquer les moyens les plus efficaces de traiter les malades dont l'esprit est aliéné avant l'age de la vieillesse".

Celem umocnienia swojego stanowiska w paryskim świecie lekarskim zapragnął Pinel otrzymać tytuł „Docteur-Régent", który nadawała „Saluberrima Facultas" uniwersytetu paryskiego na podstawie egzaminu konkursowego. Trzykrotnie przepada przy tej próbie, po raz trzeci w konkurencji z byłym żandarmem, późniejszym lekarzem, zarozumiałym prostakiem, któremu napisał w swoim czasie dysertację doktorską w Montpellier. Ta przegrana nie popsuła mu jednak humoru, po porażce bowiem błysnął dowcipem „nic dziwnego, że nie zdałem, wszak egzamin odbywał się po łacinie, a jest to przecież język, w którym ludzie się słyszą, ale nie rozumieją".

Zburzenie Bastylii i szybko toczące się wypadki polityczne zastają Pinela nie tylko jako lekarza o dość już znanym nazwisku, lecz także jako członka administracji municypalnej. Jako mieszczanin i człowiek oczytany w literaturze przedrewolucyjnej był przychylnie usposobiony do konieczności reform, ale atmosfera burzy była za ostra dla łagodnego lekarza i humanisty.

W r. 1789 pisze do brata: „rząd tak, jak i inne rzeczy łatwo jest obalić, ale nic trudniejszego, jak solidnie zbudować na nowo, zwłaszcza jeśli się ma do czynienia z narodem ruchliwym, zmiennym i zamiłowanym w nowościach. Dla mnie, który studiowałem ustroje polityczne starożytności równie pilnie, jak medycynę, nie ma nic bardziej odstraszającego, jak zupełna dezorganizacja, w jakiej się znajdujemy".

W dniu 21. I. 1793, był obecny przy straceniu króla jako „garde nationale". Wrażenia podaje w liście do brata, zapewniając go na wstępie, że nie czuje się rojalistą, ale uważa, że konwent przez tę egzekucję przekroczył swoje uprawnienia i obarczył się groźną odpowiedzialnością, łamiąc wieczyste zasady sprawiedliwości.

Gdy więc Danton grzmiał teatralnie „królowie Europy rzucili nam wyzwanie, ciskamy im pod stopy głowę jednego króla", Pinel, który nie tylko w prywatnej korespondencji, lecz także w „Traité médico-philosophique" chełpił się swoim humanizmem, zdradza, że nie rozumiał, iż niewinny Ludwik XVI musiał umrzeć, gdyż w kraju był niemożliwy, jako widomy symbol ginącego systemu, a na emigracji mógł stać się niebezpieczny, skupiając około swojej osoby wszystkie siły, które zagrażały republikańskiej Francji.

W końcowej części listu, opisującego egzekucję króla, postanawia raz na zawsze zerwać z mieszaniem się do polityki i poświęcić się wyłącznie medycynie.

I na tym polu los okazał się dla niego łaskawszy, gdyż właśnie w roku stracenia Ludwika XVI rząd rewolucyjny, który zajął się reformą służby zdrowia, powierzył mu stanowisko naczelnego lekarza szpitala „Bicêtre", przeznaczonego dla umysłowo chorych. Chorzy ci byli pomieszczeni w niskich i wilgotnych lochach, spali na słomie, rozesłanej na ziemi, okuci w kajdany, byli maltretowani przez brutalnych dozorców, rekrutujących się spośród skazańców. Pomiędzy dozorcami, a chorymi wybuchały nierówne bójki, kończące się czasem śmiercią tych ostatnich. Toteż pierwszym krokiem Pinela było zwrócenie się do czynników administracyjnych o pozwolenie na zmianę istniejącego stanu rzeczy. Sprawa szła opornie, w końcu jednak wytrwałość odniosła triumf i sam wpływowy Couthon, który podówczas obok Robespierra i Saint Justa rządził Francją, udał się do Bicêtre, by zbadać stosunki na miejscu. Oglądnąwszy szpital zapytał: „Czy ty sam oszalałeś, że chcesz rozkuć te dzikie bestie?" — „Nie" — odpowiedział Pinel stanowczo — „jestem pewny, że ci nieszczęśliwi są dlatego tak gwałtowni, ponieważ są zakuci w kajdany i mam to przekonanie, że po ich zrzuceniu uspokoją się i może staną się rozsądni". „Czyń, jak ci się podoba" zakonkludował Couthon. I to jedno zdanie, rzucone od niechcenia przez potężnego triumwira zadecydowało o nowej epoce w psychiatrii i rozstrzygnęło „cause célèbre" życia Pinela. Kajdany zdjęto w roku 1793, a fakt

ten został uwieczniony przez Karola Müllera na płótnie, zdobiącym salę „Pas Perdus" Akademii medycyny.

W Bicetre Pinel nie tylko leczył, lecz także ukrywał pewną ilość zdrowych księży i reemigrantów. Gdy władze zażądały ich wydania, celem przekazania trybunałowi rewolucyjnemu, — odmówił pod pozorem, że są to umysłowo chorzy i postawy tej o mało nie przypłacił życiem, gdyż sprawa stała się dość głośna i pewnego dnia rozfanatyzowana grupa zwolenników nowego porządku rzeczy otoczyła doktora na ulicy, chcąc go powiesić na latarni. Z ciężkiej opresji wyratował go były pacjent, który przypadkowo znalazł się w tłumie.

W rok po wprowadzeniu historycznych reform w Bicêtre, objął Pinel katedrę fizyki i higieny w świeżo otwartej Ecole de Santé, a w następnym roku widzimy go jako profesora patologii wewnętrznej, którą wykładał do r. 1822. Jest to szczytowy okres powodzenia życiowego. W r. 1803 państwo ofiarowuje niedoszłemu kandydatowi do tytułu „królewskiego doktora" fotel w Akademii nieśmiertelnych, niedługo potem order Legii honorowej.

Za cesarstwa wysuwano kandydaturę Pinela na przybocznego lekarza Napoleona. Niektórzy biografowie podkreślają skromność profesora, który rzekomo nie przyjął zaszczytnego stanowiska: zdaje się jednak, że po prostu przepadł w konkurencji z Corvisartem, za czym przemawia fakt, że w r. 1805 nie odrzucił nominacji na lekarza-konsulenta przy cesarzu. Zresztą nie po raz pierwszy w życiu otarł się o sfery dworskie. Jeszcze za Ludwika XVI, Lemmonier, naczelny lekarz królewski, chciał wprowadzić Pinela jako jednego z nadwornych lekarzy i w tym celu przedstawił go księżniczkom krwi, ale w czasie prezentacji kandydat nie wyrzekł ani słowa. Oczywiście przepadł. Oddźwięki tych przeżyć znajdujemy w „Traité médico-philosophique", gdzie pisze dosłownie: „Lekarz szpitalny nie korzysta z przywilejów lekarza dworskiego i nie mieszka w pałacach, z drugiej jednak strony nie musi znosić upokorzeń i wymigiwać się z pętli tajemnych intryg, poza tym może łagodzić zło i ocierać łzy. A cóż znaczą wszystkie przyjemności wobec tego zadowolenia?"

Daru wymowy Pinel nie posiadał. Jego wykłady były mdłe, a sam przemawiając zachowywał się lękliwie, był natomiast mistrzem pióra, o czym świadczy choćby prywatna korespondencja, często podbarwiona błyszczącym humorem.

W r. 1795 objął obowiązki dyrektora „Salpêtrière", dużego szpitala, liczącego 600 chorych. Oczywiście wprowadził tu te same reformy, które zostały wypróbowane na mniejszej ilości chorych w Bicetre. Przede wszystkim więc usunął brutalny personel pielęgniarski i podniósł higienę pomieszczeń dla chorych.

Pod koniec życia rozpoczęły się troski. Za restauracji burbońskiej popadł w niełaskę, przy tym jako 70-letni już człowiek został oskarżony przed władzami kościelnymi przez chorego, korzystającego z pełnej swobody ruchów, nazwiskiem Berbignier. Chory ten zbudował system urojeniowy, uważając, że jest prześladowany przez szatanów z winy Pinela. W atmosferze wstecznictwa, jaka panowała podówczas we Francji z trudem udało się obronić sędziwemu profesorowi.

Wreszcie jako 77-letni wykładowca został pozbawiony chleba po zamknięciu wydziału lekarskiego na skutek rozruchów studenckich o charakterze antymonarchistycznym. Resztę życia przepędził na farmie Torfou, pozostając na utrzymaniu swojej drugiej żony.

Zmarł 25. października 1826 r. w następstwie ataku apoplektycznego, powikłanego zapaleniem płuc.

Zainteresowania i prace Pinela były wszechstronne. Wiemy, że zajmował się matematyką i pisywał niezłe liryczne wiersze. Rozumiał wagę zagadnień higieny i publikował prace z tej gałęzi medycyny. W r. 1798 opracował podręcznik medycyny ogólnej, pt. „La Nosographie philosophique", który doczekał się sześciu wydań i cieszył się uznaniem przez ćwierć wieku. W owym czasie panowała w nauce zasada klasyfikacji. Chaussier[1]) sklasyfikował anatomię, Pinel wprowadził systematykę chorób, opartą na zasadzie fenomenologicznej, w części terapeutycznej zaś poddał krytycznej ocenie środki podówczas stosowane, szczególnie rozpowszechnione puszczanie krwi, propagował natomiast przepisy higieny osobistej. Książka pozyskała wielu przyjaciół i nie mało przeciwników. Wśród ostatnich znalazł się Broussais[2]), były uczeń Pinela. Zajmował się również zoologią. W r. 1791 napisał rozprawkę o preparowaniu czworonogów i ptaków i systematykę podziału czworonogów, opartą na mechanizmie stawu szczęki dolnej. Wiadomości z tej gałęzi wiedzy posiadał tak rozległe, że wymieniano jego nazwisko obok Cuvier'a.

Zapatrywania swoje na psychiatrię sądową formułował w różnych przyczynkach i pracach, z których za najbardziej dojrzałą uznać należy opublikowaną w r. 1817 „Résultats d'observations pour servir de base aux rapports juridiques dans les cas d'aliénation mentale". Od eksperta żąda uwzględnienia:

---

[1]) François Chaussier — chirurg i anatom (1746—1828).

[2]) François Broussais — profesor patologii ogólnej ((1772—1838), zwolennik obfitych upustów krwi.

1) dyspozycji wrodzonej badanego, 2) przyczyn moralnych i fizycznych choroby umysłowej. Jako dyspozycję wrodzoną określa skłonność do pychy, gniewu, smutku lub wesołości. Przez wychowanie można ją zmienić tylko w niewielkim stopniu, natomiast zauważył, że dziedziczność odgrywa rolę w determinowaniu dyspozycji wrodzonej, szczególnie zaś posiada wpływ na kształtowanie się postaci choroby umysłowej. Przy badaniach umysłowo chorych zaleca opieranie się na faktach, a unikanie analizy pojęć metafizycznych, za które uważa wolę i rozsądek. Jako rzeczy zasadniczej dla sądu domaga się odpowiedzi, czy chory jest uleczalny, gdyż od tego zależy los małżeństwa, kwestie majątkowe, a nawet ważne zagadnienia publiczne. I tak, gdy u schyłku XVIII stulecia zachorował na chorobę umysłową król angielski Jerzy III, opinia społeczeństwa i parlamentu angielskiego podzieliła się na dwie partie, z których jedna była za detronizacją i ustanowieniem regencji, druga temu się sprzeciwiała. Eksperci lekarscy też mieli zdania podzielone, w końcu przeważył pogląd angielskiego psychiatry Willis'a, który orzekł, by sprawy pozostawić swojemu losowi, gdyż zawsze istnieje szansa powrotu do zdrowia. Przeciw temu wyczekującemu stanowisku, pikniczny i porywczy do pióra Pinel, choć nie pytany, ostro protestował. Jako psychiatra sądowy miał wiele do czynienia z typami, które dziś zaliczamy do grupy psychopatii. Są to jego zdaniem ludzie moralnie upośledzeni, często łatwo pobudliwi, z którymi społeczeństwo ma dużo kłopotu, gdyż znaczną część życia spędzają w więzieniach i szpitalach. W tej samej pracy ocenił ujemnie czasy I cesarstwa, gdyż mężczyźni prowadzili życie nieregularne, wojowali, wzbogacali się zbyt szybko na rabunkach wojennych, a potem popadali w lenistwo, kobiety zaś były zbyt łzawe i sentymentalne. Do życia płciowego odniósł się po purytańsku, utrzymując, że najlepiej reguluje je łoże małżeńskie. Zboczeńców seksualnych radził trwale izolować.

Chef d'oeuvre Pinela, to „Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale", wydane po raz pierwszy w r. 1801, ponownie w r. 1809.

Pierwsze wydanie zostało prawie bezzwłocznie, bo w roku ukazania się oryginału francuskiego, przetłumaczone na język niemiecki przez Michała Wagnera. Na język polski nie było nigdy tłumaczone, a polski świat lekarski najprawdopodobniej zapoznał się z jego treścią drogą niemieckiego wydania, gdyż na przykład w Krakowie znajdują się, jak się zdaje, tylko dwa egzemplarze tej książki, oba niemieckie tłumaczenia z r. 1801, stanowią więc rzadkość bibliograficzną. Pośredni wpływ Pinela na polską literaturę psychiatryczną był większy. Jego podział nozologiczny uwzględnił Bartłomiej Frydrych, autor pierwszego polskiego podręcznika psychiatrii, wydanego w Warszawie w r. 1845. W poważnym podręczniku psychiatrii Romualda Płąsowskiego, profesora Warszawskiej Szkoły Głównej, wydanym w latach 1868—1884[1]), jest Pinel już tylko wspomnieniem. Pierwszym, jak się zdaje, biografem był Wilhelm Lubeski, który opublikował nieodszukany dotąd „Życiorys Filipa Pinela", wydany najprawdopodobniej na przełomie lat 50 i 60 zeszłego stulecia.

„Traité médico-philosophique" nie jest podobny do współczesnych podręczników psychiatrii. W poszczególnych rozdziałach, przepełnionych interesującą, często nawet sensacyjną kazuistyką są porozrzucane ogólne zapatrywania typologiczne, psychologiczne, klinika przedmiotu i zagadnienia organizacji szpitali. Niektóre ujęcia uderzają trafnością trzeźwego i praktycznego osądu, inne przedstawiają się nam naiwnie. Tak np. typologia kliniczna oparta jest przede wszystkim na kolorze włosów. Pisze o tym dosłownie: „Silni ludzie, czarnowłosi, popadają w szał pełen wściekłości, takie napięcie szaleństwa obserwujemy tylko rzadko u ludzi o włosach kasztanowatych i miękkim charakterze. Ludzie o blond włosach skłaniają się raczej do łagodnych marzeń, które przechodzą w otępienie umysłu".

Inteligencji nie łączy z doskonałością proporcyj anatomicznych. Za niedościgniony wzór kształtów męskich uważa posąg Appolina pityjskiego, ale dla oceny stanu umysłowego człowieka nie jest ważnym to, czy jego głowa wynosi 1/8 wysokości, lepszy bowiem sprawdzian stanowią: jego mowa i czyny.

Interesujące są uwagi odnoszące się do ludzi, których zaliczylibyśmy według dzisiejszych pojęć do psychopatów. Są to jego zdaniem osobnicy milczący, trwożliwie zazdrośni, skłonni do samotności, a stają się plagą społeczeństw, jeśli znajdują się u władzy, gdyż wtedy przeistaczają się w żądnych krwi tyranów. Jako przykład wymienia Tyberiusza i Ludwika XI. Jak wiadomo, obaj byli okrutnikami. Pierwszy spędzał życie na wyspie Capri, drugi w samotni w zamku Plessis le Tours. Nie uważa ich jednak za chorych, przypominają mu tylko takich chorych, którzy czasem przez długi okres trwają w upartym milczeniu, tak że nikt nie może przeniknąć tajemnicy ich myśli (są to zatem dzisiejsi odrętwiali katatonicy), poza tym opisuje u nich objawy, nazywane przez nas obecnie halucynacjami i iluzjami. Do tej samej grupy zalicza także „prześladowanych przez los i wrogów", a zatem według pojęć obecnych: paranoików.

Swój podział chorób umysłowych nazwał

[3]) I tom w r. 1868, II tom w r. 1884.

Pinel psychologicznym. Za największą powagę w dziedzinie psychologii uważa Johna Locke, być może dlatego, że był równocześnie filozofem i lekarzem. Ale jego „lockeizm" jest szyldem bez treści, nigdzie bowiem nie znajdujemy jasno sformułowanych myśli Lockego o wartości doświadczenia dla nauki, ani jego poglądów, że umysł noworodka jest „tabula rasa", którą dopiero rzeźbią przeżywania. Polityczny i społeczny liberalizm tego angielskiego filozofa też nie pozostawia wyraźnych śladów w dziele Pinela. Bliższy był mu raczej Montesquieu, którego chętnie cytuje. Spośród filozofów francuskich silnie wpłynął na autora „Traité" Destutt de Tracy. I tak, zastanawiając się nad określeniem myślenia uzgadnia swoje zapatrywania z wspomnianym autorem, twierdząc, chyba pierwszy w psychologii lekarskiej, że „myślenie polega na tym, że postrzega się zmiany wrażeń i włącza do naszej świadomości", a dalej bardzo trafnie ujmuje mechanizm aparatu psychicznego człowieka, który jego zdaniem reaguje przede wszystkim na zmiany w otaczającym go środowisku. Wprowadza wreszcie zasadę Kartezjusza „cogito ergo sum", nie decydując się wyraźnie na dualizm tego filozofa. Za powolnością rozwoju pojęć psychologiczno-lekarskich przemawia ciekawy fakt, że dopiero w 120 lat po Pinelu, Bleuler rozszerzył kartezjańską prawdę i ujął ją w formę: „memini, ergo mutor, ergo cogito, ergo sum".

Pinel nie zna jeszcze pojęcia zespołów, toteż dzieli psychiatrię na jednostki nosologiczne, przy czym jednak zastanawia go fakt, że czasem odnosi się wrażenie, jakby jedna choroba przechodziła w drugą. Jednostek takich rozróżnia pięć.

Pierwszą nazywał „melancholią, czyli delirium, skierowane na jeden punkt". Niema tu pędu do czynów gwałtownych, istnieje pełnia władz umysłowych, przy mizantropii i depresji, aż do samobójstwa włącznie. Samobójstwo jest zawsze wyrazem choroby, a jako dowód dla swej tezy cytuje „Ducha praw" Montesquieu, gdzie znajduje pełne poparcie tego stanowiska. Medycyna jest bezsilna wobec pędu samobójczego z tym jednym wyjątkiem, gdy na pacjenta zadziała silny uraz psychiczny. Przytacza przypadek uczonego i swojego przyjaciela, cierpiącego na nieprzeparty pęd do samobójstwa w przebiegu melancholii. Pacjent ten za poradą lekarzy udał się w celu leczenia do Londynu i tu postanowił skoczyć do Tamizy, ale w chwili gdy stanął na moście został napadnięty przez dwóch nocnych rabusiów, z którymi podjął nierówną walkę i wyszedł z niej zwycięsko. Przeżycie to wyleczyło go w zupełności i obserwowany potem przez Pinela przez 10 lat nigdy nie ujawniał zamiarów samobójczych.

Druga postać, to „mania bez delirium". Charakteryzuje się skłonnością do gwałtownych czynów. Postrzeganie, pamięć, myślenie nie wykazuje odchyleń od normy. Z bogatej kazuistyki wynika, że zalicza tu między innymi ludzi, uważanych przez nas za niepowściągliwych psychopatów.

Jako trzecią postać wyosabnia „manię z delirium występującą periodycznie". Załączone opisy wskazują na przypadki silnego podniecenia psychoruchowego z iluzjami, halucynacjami i rozkojarzeniem, przebiegające z remisją i nawrotami. Podjęte przez Pinela i współczesnych badania anatomiczne tych chorych nie wykazały zmian w mózgu ani w czaszce.

Czwartą jednostkę nazywa „demencją, czyli otępieniem z zahamowaniem myślenia". Zalicza tu otępienie starcze, jako istotną cechę podnosi zaburzenia krytycyzmu, oraz trafnie obserwuje różnicę posługiwania się pamięcią dla wydarzeń świeżych i dawnych przeżyć.

Wreszcie piąta jednostka, to „idiotyzm czyli zacieśnienie umysłu i woli". Zalicza tu stany wrodzone i nabyte. Przy wrodzonych zauważył, że czasem ukształtowanie czaszki odbiega od normy, co do nabytych, to część ich odnosi do tych chorób, które są, jak pisze dosłownie, „następstwem rozwiązłego życia", co chyba można uważać za otępienie intelektualne w przebiegu porażenia postępującego, choroby, której etiologii Pinel nie znał, ale którą intuicyjnie słusznie odnosił do nabytej infekcji. Z innych opisywanych przypadków wnosić można, że chodziło o postacie, nazywane przez nas otępieniem afektywnym w przebiegu schizofrenii.

Wśród chorych Bicêtre i Salpêtrière widywał także kretynów, a wiadomym mu było, że nagminnie choroba taka panuje w Szwajcarii. Pisząc o nich stwierdza: „że ludzie ci wolni od niepokojów wewnętrznych, prowadzą życie nieco podobne do automatyzmów roślinnych".

Co do etiologii uważa, że choroby umysłowe biorą swój początek w przewodzie pokarmowym, gdyż wielu chorych odmawia przyjmowania pokarmów. Z innych przyczyn wymienia gwałtowne „afekty moralne", wśród nich zawiedzione ambicje, fanatyzm religijny, głębokie troski i nieszczęśliwą miłość. Stwierdza, że ludzie intelektualnie stojący wysoko nie chorują, gdyż wśród swoich pacjentów nie spotkał przyrodników, fizyków i chemików. Poza tym krytykuje badania współczesnego niemieckiego lekarza Grelinga, który na podstawie licznych sekcji usiłował dowieść, że kształt czaszki wpływa na powstawanie chorób umysłowych. Zajmując to stanowisko stał się prekursorem kierunku, który odrzuca tzw. „mitologię anatomiczną". W etiologii chorób umysłowych podkreśla dziedziczność, zaś co do czynników

toksycznych przede wszystkim alkoholizm, który jest jego zdaniem najczęstszą przyczyną chorób umysłowych w Anglii i to obok „rozwiązłego życia“, natomiast we Francji są one raczej następstwem „afektów moralnych“. Wobec zmian anatomicznych, spotykanych przy sekcjach mózgu, dokonywanych przez siebie, staje bezradny. Spotyka bowiem guzy, bujanie tkanki, różniącej się na pierwszy rzut oka od otoczenia, a także „słoninowate twory“, które czasem zdają się powodować zmiany psychiczne, innym razem znów przebiegają bezobjawowo.

Terapia Pinela jest prosta. Odrzuca odziedziczony jeszcze po średniowieczu balast mikstur, powideł i maści i przypisuje jedynie skuteczne działanie chininie, laxantiom i opium. Surowo potępia bezmyślnie stosowane obfite upusty krwi, celem uspokojenia szałowych chorych i zapytuje złośliwie, czy nie więcej obłąkany jest lekarz, który tą metodą sprowadza zupełne wycieńczenie chorego. Nie uszło jednak jego uwadze, że różne schorzenia, przebiegające z wysoką gorączką, wywierają korzystny wpływ na stan choroby umysłowej. Z oburzeniem wspomina o pewnym angielskim farmerze, który zawodowo zajmował się leczeniem umysłowo chorych i uzyskiwał dodatnie rezultaty, zaprzęgając ich do bryczki, którą kazał ciągnąć, nie żałując bata.

Dużą rolę przypisuje leczeniu pracą. Sposób ten stosowany był od bardzo dawna w Saragossie, gdzie chorych zatrudniano pracą ogrodową i rzemieślniczą. Ilość wyleczeń była wyższa, niż u chorującej szlachty hiszpańskiej, której nie było wolno używać do tego rodzaju zajęć.

Z metod — jak je nazywa — moralnych, poleca czytanie pism Plutarcha, Platona, Seneki i Cicerona. Zaleca ponadto, by nie wykorzeniać ludzkich namiętności, szczególnie w sferze życia płciowego i pożądania władzy, lecz podstawiać je przez inne, co możemy uważać za intuicyjny sygnał sublimacji.

Ze sztucznym karmieniem chorych miał wiele kłopotu, gdyż sonda była nieznana. Uciekał się więc do groźby lub do rozweselania, w czym była mistrzynią przełożona pielęgniarek.

Jego statystyka wyleczeń, zestawiona za drugi rok republiki wykazuje 18 wyleczeń na 228 chorych. Najlepszą prognozę ma wspominana już „mania z delirium, występująca periodycznie“, najgorszą epilepsja.

Prócz rozważań naukowych, znajdujemy w „Traité“ wiele wskazówek praktycznych. Dotyczą one budowy szpitali dla umysłowo chorych, które powinny posiadać osobne pawilony dla szałowych, oddzielne dla spokojnych, inne dla otępiałych. Chorych nie wolno bić, torturować, ani zakuwać w kajdany. Jedyne dopuszczalne środki przymusowe :to izolatka i kaftan. Konstruktorem kaftanu był angielski psychiatra Cullen. Pinel nie znał osobiście Cullena; tłumaczył jednak jeszcze w r. 1785 jego książkę. Dziwnie uderza, że wśród wielu nazwisk współczesnych angielskich i niemieckich psychiatrów nie znajdujemy wzmianki o Cullenie, którego humanitarne idee rozpowszechnił Pinel na kontynencie. Ówczesny świat lekarski kontynentu czytał raczej po francusku, aniżeli po angielsku.

Dyrektor zakładu powinien być — zdaniem Pinela — przede wszystkim dobrym gospodarzem i organizatorem, wiedzieć o wszystkim, co dzieje się w murach budynku. Szczególną uwagę radzi zwracać na kuchnię, gdyż jak twierdzi „we wszystkich szpitalach świata, kucharze obcinają racje tłuszczu, dopełniając wagi wodą i solą“.

„Kto uzależnia los chorych od fluktuacji politycznych, ten jest despotą i barbarzyńcą“ — pisze odważnie o stosunkach, jakie zapanowały w szpitalach w IV. r. republiki. Rząd zmuszony ogólną sytuacją gospodarczą systematycznie zmniejszał racje chleba, wskutek czego zapanował wśród chorych stan ogólnego wycieńczenia, pojawiły się biegunki, a śmiertelność w Bicêtre i Salpêtrière wzrosła sześciokrotnie.

Życie i działalność Filipa Pinela przedstawia się nam we właściwym świetle na tle epoki, która była nie tylko okresem wstrząsów, lecz i reform.

W nauce zapanował kult wagi i miary i dążność do zdyscyplinowanego myślenia, stąd jego rzeczowa ostrożność w ujmowaniu zagadnień psychologicznych i żądanie ścisłego podejścia, zwłaszcza w opiniach sądowo-lekarskich.

Jako reformator czerpał Pinel ze źródeł angielskich, przy czym wzorem był mu Cullen, ponadto humanitarne osiągnięcia na polu ustawodawstwa karnego, przede wszystkim zaś skasowanie tortur u schyłku XVIII stulecia niewątpliwie też stało się bodźcem do poprawy losu umysłowo chorych.

Jego współczująca postawa wobec cierpień ludzkich słusznie zjednała mu przydomek, jakim obdarzył go naród francuski „le bon Pinel“.

PIŚMIENNICTWO

1. E. Bleuler: Naturgeschichte der Seele und ihres Bewustwerdens (1921). — 2. O. Bumke u. O. Förster: Handbuch der Neurologie, 1937, t. II. — 3. P. Busquet: Les biographies médicales. — 4. M. Laignel-Lavastine, J. Vinchon: Les malades de l'esprit et leurs médecins du XVI au XIX siecle (1930). 5. A. Piotrowski: Nowiny psychiatryczne, zeszyt 3—4, 1926. — 6. D. Semelaigue: La Presse médicale, Nr 44, 1927.

Prof. Dr JÓZEF KOSTRZEWSKI Kraków

W pilnej i ważnej sprawie (dotyczy wścieklizny)

(Z Oddziału Zakaźnego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie).

Piszę te uwagi pod wrażeniem zgonów z powodu wścieklizny, na które patrzyłem w r. 1946: spośród 6 zmarłych trzech było nie szczepionych, a trzech szczepionych. Podam przy sposobności spostrzeżenia zebrane w ciągu dłuższego okresu. Otóż w czasie od 1910—1946 roku zmarło na wściekliznę na powyższym oddziele: 62 osób. W tym było a) nieszczepionych: 42, b) szczepionych niedostatecznie i tych, u których wscieklizna wystąpiła przed upływem 15 dni po skończonym szczepieniu: 11, c) po pełnym zaś szczepieniu i po co najmniej 15 dniach po dokonanym uodpornieniu przyszło do wścieklizny u osób: 9. W zakładach szczepień przeciw wściekliźnie przyjęta jest zasada, że przypadki, w których wybucha wścieklizna przed upływem 15 dni po ukończonym szczepieniu nie uważa się za nieudany wynik uodpornienia. Z myślą o powyższej zasadzie N i t s c h (1) pisze w swej książce ustęp pod nagłówkiem „Nieusprawiedliwiony zwyczaj w statystyce". Są badania, które dowodzą obecności niweczników swoistych w surowicy krwi już w pierwszych dniach po ukończonym uodparnianiu (2). Ale o tym wspominam tylko przygodnie i w obliczeniach swych, jak widać, trzymam się przyjętej zasady. Nie wiem, czy są podobne zestawienia do tego, które podaję? Tym samym nie jest mi znanym, jak się gdzieindziej przedstawia wśród zmarłych z powodu wścieklizny stosunek szczepionych do nieszczępionych? Tu w Krakowie wśród zmarłych na wściekliznę zdarzają się szczepieni przeciw niej zwłaszcza w ostatnich latach. Nasuwa się więc pytanie, czy nie dlatego, że od 1925 r. wprowadzono u nas uodparnianie szczepionką zabitą? Przesłanki rozumowe skłaniają, co więcej wprost upoważniają do liczenia się z mniejszą skutecznością szczepionki zabitej. Ale wiadomości z różnych stron świata o szczepionce karbolizowanej brzmią korzystnie. Więc przychodzi na myśl, czy może szczepy używane do sporządzania szczepionki są nieodpowiednie dla szczepów ulicznych, występujących ostatnio w Polsce? Bo nie wszystkie szczepy tak ustalone, jak uliczne, są sobie równe. Tym samym nie każdym szczepem się posługując przeciw każdemu innemu uzyskamy odporność. Z podniety prof. P r z e s m y c k i e g o od szeregu miesięcy przeprowadza się badania w tym kierunku w P. Z. H. w Warszawie.

W tym miejscu należy podnieść z uznaniem słuszność zastrzeżeń, jakie ma P a r n a s (3) co do postępowania przy dzisiejszym sposobie uodparniania. Chodzi o to schematyczne obecnie stosowanie szczepionki.

To jedna część uwag. Druga dotyczy szczepień ochronnych psów. Nie mam w tym zakresie własnego doświadczenia. Opieram się więc jedynie tylko na piśmiennictwie. W świetle niego sprawa przedstawia się następująco:

Był czas, kiedy panowało przekonanie, że szczepienia ochronne zwierząt mogą u nich pociągać za sobą nosicielstwo zarazka wścieklizny. Uzasadnionym był więc zakaz szczepień ochronnych psów. Dzisiaj ówczesna obawa odpada. (L e g e ż y ń s k i i M a r k o w s k i (4). Badania doświadczalne wykazują wielką skuteczność ochronnych szczepień psów. (Są i głosy mniej dodatnio opiewające o wynikach szczepień (L e g e ż y ń s k i (5). Zdawało by się wobec tego, że szczepienia ochronne psów powinny być obowiązujące. Szczepienia ochronne psów były między innymi przedmiotem międzynarodowych narad w r. 1927 w Paryżu (G ą s i o r o w s k i (6) i w r. 1930 w Londynie (Ł a b ę d ź (7). W Paryżu ustalono odpowiednie wskazówki, które przestrzegać należy przy ochronnym szczepieniu psów, obiecując sobie, że owe wskazówki zostaną uwzględnione w ustawodawstwie poszczególnych państw. W Londynie natomiast mimo pochlebnych wypowiedzi przeważnej liczby uczestaników zjazdu o skuteczności ochronnych szczepień przeciwko wściekliźnie u psów, uchwał nie powzięto a to z powodu nieprzyjazdu dwóch głównych sprawozdawców. W ostatnich latach międzywojennych szczepiono ochronnie psy w różnych krajach różnych części świata z wielkim powodzeniem (Ł a b ę d ź). Szczególnie zaś przekonywująco brzmi to, co piszą o Węgrzech D u b i n a (8), S t a ś k i e w i c z (9). Zwłaszcza mapy, które podają D u b i n a, S t a ś k i e w i c z z ilością zapowietrzonych zagród przed i po przeprowadzonym ochronnym szczepieniu psów, przykuwają uwagę czytelnika. D u b i n a przez 5 lat miał możność przekonać się na miejscu, jak wygląda obecnie sprawa wścieklizny na Węgrzech. Polska według tego, co pisze S t a ś k i e w i c z, była w r. 1932 najsilniej zapowietrzonym krajem w Europie. Z tego znowu, co podaje P a r n a s, wynika, że stan wścieklizny u nas nie mógł ulec od tego czasu poprawie.

Nie można wobec tego ukryć zdziwienia, dlaczego w Polsce nie wprowadza się przymusu szczepień ochronnych psów? Pytanie zrozumiałe, skoro dotychczasowe poczynania nie są w stanie stłumić wścieklizny wśród zwierząt, a szczepienia ochronne psów dały na Węgrzech według D u b i n y „przewspaniałe wyniki, godne pozazdroszczenia".

W rozprawce P a r n a s a czytamy, że Państwowa Rada Weterynaryjna opowie-

działa się za corocznie powtarzanym szczepieniem ochronnym psów. W tej samej rozprawce zwraca się Parnas do Państwowej Rady Zdrowia, by zechciała zająć swoje stanowisko w tej sprawie.

PIŚMIENNICTWO

1. Nitsch: Szczepionki i surowice. Warszawa 1921. — 2. Kostrzewski: Przegl. Lek. 1918, Nr 50. — 3 Parnas: Przegl. Lek. 1946, Nr 16—19. — 4. Legeżyński i Markowski: C. r. Soc. Biol. XCIX, 917, 1928. — 5. Legeżyński: Przegl. Weter. 1936, Nr 4. — 6. Gąsiorowski: Pol. Gaz. Lek. 1927, Nr 24. — 7. Łabędź: Med. Dośw. i Społ. XVII, Z. 5—6. — 8. Dubina: Med. Weter. 1946, Nr 7. — 9. Staśkiewicz: Med. Weter. 1947, Nr 2.

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Sprawozdanie Zarządu Izby Lekarskiej w r. 1946.

Skład osobowy Zarządu uległ w ciągu roku sprawozdawczego pewnym zmianom. W styczniu 1946 zmarł wieloletni zasłużony członek Rady i Zarządu Izby śp. dr Stanisław Szwedowski z Częstochowy. Aby zachować w Zarządzie Izby przedstawiciela z Częstochowy powołano w jego miejsce w porozumieniu z tamtejszym Związkiem Lekarzy P. P. dra Włodzimierza Jaronia z Częstochowy.

Na dalszą zmianę wpłynął powrót do kraju przedwojennego prezesa Izby dra Władysława Stryjeńskiego i jego rezygnacja ze stanowiska prezesa. Zarząd przyjął jego rezygnację i na jego wniosek na opróżnione przez niego stanowisko prezesa powołał pełniącego dotychczas te obowiązki dra Jana Gołąba. Równocześnie na stanowisko wiceprezesa wybrany został dr Władysław Stryjeński. Na wakujące stanowisko zastępcy skarbnika powołał Zarząd dra Zygmunta Kuliga, a na zastępcę sekretarza dra Mieczysława Bileka.

Zarząd Izby stał od czasu reaktywowania Izby po ustaniu okupacji na stanowisku, że ze względu na znaczny upływ czasu od ostatnich wyborów, z uwagi na zmiany, jakie od tego czasu zaszły w świecie lekarskim oraz ze względu na ubytek większej liczby pochodzących z wyboru członków Zarządu, wybory do władz Izby Lekarskiej powinny odbyć się jak najrychlej, tym bardziej, że nie stoją temu na przeszkodzie na naszym terenie żadne względy natury formalnej, gdyż Komisja Wyborcza wybrana przez Radę Izby na wiosnę 1939 r. istnieje prawie w pełnym składzie. Wystarczyło by tylko ogłosić listę wyborców, w porozumieniu z Naczelną Izbą Lekarską wyznaczyć termin wyborów i wybory przeprowadzić. Zarząd Izby zwrócił się też w kwietniu 1946 r. do Naczelnej Izby Lekarskiej z takim wnioskiem, otrzymał jednak polecenie zaniechania przedsiębrania jakichkolwiek kroków dla przeprowadzenia wyborów, gdyż sprawa ta miała być w najbliższym czasie uregulowana jednolicie dla całego Państwa specjalnym dekretem Ministerstwa Zdrowia. W maju 1946 r. otrzymał rzeczywiście Zarząd Izby z Naczelnej Izby Lekarskiej projekt zapowiedzianego dekretu i przesłał bezzwłocznie Naczelnej Izbie Lekarskiej jego ocenę. Ze względu na postanowienia dekretu naruszającego zasadę samorządu, zaproponował Zarząd pewne zmiany w projekcie dekretu. Powołanie przez Ministra Zdrowia nie tylko zdekompletowanych czy też nie istniejących Rad Okręgowych, ale także Zarządów Izb Lekarskich nie wydawało nam się słusznym, gdyż Rada Izby nawet pochodząca z mianowania może i powinna wyłonić ze swego grona Zarząd Izby drogą wyboru. W grudniu 1946 r. ogłoszony został jednak odnośny dekret w brzmieniu zgodnym z projektem, tj. bez uwzględnienia proponowanych przez nas zmian. Należy zatem w najbliższym czasie oczekiwać rozwiązania funkcjonujących obecnie władz Izby i powołania przez Ministra Zdrowia w myśl brzmienia dekretu nie tylko Rady Izby, ale i jej Zarządu.

Wiele uwagi poświęcił w tym roku Zarząd sprawom opodatkowania lekarzy, tj. wymiaru przez władze skarbowe podatku obrotowego i dochodowego lekarzy wedle faktycznych ich dochodów. Zeznania lekarzy i opinie biegłych przy Urzędach Skarbowych w bardzo wielu wypadkach nie były respektowane, a lekarzom wymierzano podatki zupełnie dowolnie w oparciu jedynie na przypuszczeniach odnośnego referenta. Delegacja Zarządu w osobach prezesa dra Gołąba i sekretarza dra Ciećkiewicza odbyła z Prezesem Izby Skarbowej dłuższą konferencję, na której po wzajemnym wyjaśnieniu stanowiska i sytuacji materialnej ogółu lekarzy oraz zapatrywań władz skarbowych ustalono, że część lekarzy zeznaje jednak zbyt nisko swój obrót z praktyki (dotyczy to zdaniem władz skarbowych zwłaszcza lekarzy wziętych i cieszących się wielką praktyką). Postanowiono, że lekarze chcący zapewnić sobie poszanowanie dla swego zeznania przedkładać je będą Zarządowi względnie powołanej przezeń Komisji do potwierdzenia, a zaopatrzone klauzulą potwierdzającą zeznania będą przez Urzędy Skarbowe respektowane. W myśl powyższego porozumienia powołał Zarząd komisje podatkowe, które w pierwszej połowie każdego miesiąca codziennie w składzie 3 osób urzędowały i przedstawione przez lekarzy zeznania opiniowały. W wypadkach, gdy komisja uznała zeznanie za zbyt niskie, zwracała na to uwagę lekarza a wysłuchawszy jego wyjaśnień ewentualnie proponowała ze swej strony wysokość, po czym po uzgodnieniu wysokości potwierdzała zeznanie. Taki stan rzeczy trwał aż do końca roku, tj.

do czasu wejścia w życie przepisów dekretu z 16. V. 1946 r., który wprowadził obowiązek prowadzenia przez lekarzy ksiąg podatkowych.

W związku z postępującą szybkimi krokami drożyzną i koniecznością dostosowania choć w przybliżeniu honorariów lekarskich do cen artykułów pierwszej potrzeby starał się Zarząd o stosowne dalsze podwyższenie przez Urząd Wojewódzki cennika należności lekarskich. W lecie 1946 r. zawnioskował Zarząd podwyższenie obowiązującego cennika o 100%, tj. do 40-tnej stawek z roku 1938. Urząd Wojewódzki uwzględnił jednak wniosek Izby tylko częściowo i podniósł dotychczasowe stawki tylko o 50%, tj. do 30-tnej stawek przedwojennych. Nowy cennik obowiązuje od 8 stycznia 1947 r.

Szczególną troską Zarządu był stan Kasy Wzajemnej Pomocy Lekarzy. Trudności nastręczało przede wszystkim ściąganie poważnych sum składek zaległych za czas okupacji. Członkowie, którzy przez czas wojny byli nieobecni z powodu ukrywania się przed okupantem, z powodu pobytu w obozach koncentracyjnych, czy też zagranicą pragnęli uchylić się od płacenia składek członkowskich za ten czas, uzasadniając to tym, że w tym czasie praktyki nie wykonywali i nie zarobkowali, że ich członkostwo było w zawieszeniu, że ponieśli przeważnie ciężkie straty i że wobec tego za ten okres nie powinni płacić składek. Zarząd jednak ze stanowiskiem tym nie mógł się pogodzić. Kasa Wzajemnej Pomocy nie zaprzestała swej działalności z chwilą nastania okupacji niemieckiej. Chociaż władze okupacyjne zawiesiły czynność Izby Lekarskiej, to jednak w tym czasie Kasa istniała i przez cały czas okupacji wypłacała rodzinom zmarłych członków statutem przewidziane zapomogi pośmiertne. Nieobecnych członków nie skreślała Kasa wcale z listy swych członków, uważając ich tylko za chwilowo nieczynnych. A gdy po ustąpieniu okupanta i reaktywowaniu Izby Lekarskiej zaczęły się zgłaszać masowo rodziny członków zmarłych lub zaginionych w czasie wojny, Zarząd Izby nie wyciągał żadnych konsekwencji z faktu, że członek, po którym domagano się zapomogi, przez dłuższy czas czy nawet w ciągu całej okupacji składek nie płacił. **Kasa Izby naszej jedyna w całej Rzeczypospolitej wypłacała po zmarłych w tym czasie swoich członkach pozostałej rodzinie premie pośmiertne**, potrącając jedynie zgodnie ze statutem zaległe od ostatniej wpłaty do chwili śmierci składki członkowskie. Zarząd Izby stał na stanowisku, że nie może wobec tego zwalniać od obowiązku opłacania składek do Kasy za czas nieobecności tych swoich członków, którzy po dłuższej nieobecności wrócili. Kasa ma prawo domagać się tych zaległych składek, gdyż w razie ich śmierci w tym czasie rodzina otrzymałaby po nich od Kasy premie. Jeżeli chodzi o Kolegów zniszczonych materialnie czy też fizycznie pobytem w obozie, którym jednorazowe wpłacenie całej zaległości sprawiłoby trudność, to Zarząd Izby odnosił się z pełnym zrozumieniem dla takich sytuacji i zgadzał się na rozłożenie zaległości na raty względnie nawet na odroczenie jej na późniejszy okres pod warunkiem tylko, by składki bieżące były punktualnie wpłacane.

Poważniejszych rozważań wymagała kwestia przyjęcia do Kasy lekarzy z terenu województwa rzeszowskiego, którzy przekroczyli 60 rok życia. W związku bowiem z rozszerzeniem działalności Izby na teren województwa rzeszowskiego stali się automatycznie członkami Izby wszyscy lekarze zamieszkali na tym terenie. Z członkostwem Izby łączy się wedle statutu Kasy także przymusowe należenie do Kasy Wzajemnej Pomocy Lekarzy. Lekarze z terenu rzeszowskiego zgłosili chętnie swój akces do Kasy, jednakże około 20 z nich było już w wieku ponad 60 lat, statut Kasy zabrania zaś przyjmowania członków w tym wieku. Ponieważ lekarze ci domagali się przyjęcia, powołując się na to, że należeli przez wiele lat do podobnej instytucji w Izbie Lwowskiej, że obecnie nie można ich rodzin pozbawić zaopatrzenia i nie należy ich traktować, jak zwyczajnych członków, przesiedlających się z innego terenu, gdyż nie oni się przesiedlali, lecz zostali przejęci z terenem województwa, Zarząd wybrał specjalną Komisję, która by zagadnienie to wszechstronnie zbadała i przedstawiła Zarządowi stosowny wniosek.

Komisja zastanawiała się nad tą sprawą, badając ją nie tylko z punktu widzenia interesu odnośnych Kolegów, ale także i Kasy. Zważywszy wiek zainteresowanych i obliczywszy przypuszczalną sumę składek, które mogłyby spłynąć od nich oraz sumę premii, którą musiałaby po nich Kasa wypłacić, Komisja doszła do przekonania, że przez przyjęcie tych osób jako członków musiałaby Kasa ponieść wydatek (wedle obecnej wysokości składek i premii) w kwocie ponad 500.000 zł. Sumą tą musiałby zostać obciążony ogół członków, a ponieważ Kasa i bez tego walczy z poważnymi trudnościami z powodu dużej liczby zgonów Kolegów w czasie okupacji, stanął Zarząd Izby na stanowisku ściśle statutowym i odmówił przyjęcia w poczet członków tych Kolegów, którzy ukończyli 60 lat a stali się członkami Izby przez przejęcie wojew. rzeszowskiego.

Aby zyskać jak najwięcej funduszów na cel Izby, starał się Zarząd jak najrychlej wejść w posiadanie całego swego domu przy ul. Szczepańskiej 1 i czynszów z niego płynących. Po dłuższych staraniach i interwencjach u władz wojskowych, ostatnio u do-

wódcy D. O. W. V generała Prus-Więckowskiego, w czerwcu 1946 r. odebrała Izba w posiadanie pierwsze piętro a w październiku 1946 r. resztę drugiego piętra tego domu. W listopadzie 1946 r. lokal pierwszego piętra został wynajęty Zjednoczeniu Przemysłu Kotlarskiego za czynszem 30.000 zł miesięcznie, a Zarząd Izby otrzymawszy tytułem czynszu z góry kwotę 180.000 zł przeznaczył ją na zasilenie funduszu Kasy Wzajemnej Pomocy Lekarzy i na spłatę zaległych premii pośmiertnych.

Sprawy, którymi zajmował się Zarząd na każdym prawie posiedzeniu to były: opiniowanie dla Urzędu Wojewódzkiego podań o zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej przez osoby, nie mające wszystkich warunków z art. 3 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Chodziło tu przeważnie o brak nostryfikacji zagranicznego dyplomu lub brak pełnego jednorocznego stażu szpitalnego. W sprawach tych opiniował Zarząd przychylnie podania wnoszone po raz pierwszy, ewentualnie nawet po raz drugi. Dalszemu jednak przedłużaniu prawa praktyki tego rodzaju petentom Zarząd sprzeciwiał się, stojąc na stanowisku, że lekarz, który praktykując przez rok i dłużej nie poczynił nawet pierwszych kroków dla nostryfikowania swego zagranicznego dyplomu lekarskiego i nie postarał się o uzupełnienie braków w wymaganej praktyce stażowej nie zasługuje na to, aby stosować do niego dalsze ulgi.

Ze spraw dyscyplinarnych szczególną uwagę poświęcał Zarząd sprawom rehabilitacji lekarzy, na których ciążył zarzut względnie uzasadnione podejrzenie, że w czasie okupacji sprzeniewierzyli się narodowości polskiej, względnie współpracowali z okupantem na szkodę narodu polskiego. Nasuwały się tu wątpliwości, czy tego rodzaju osoby przyjąć w poczet członków Izby a uzyskawszy jurysdykcję nad nimi wszcząć postępowanie dyscyplinarne i postąpić stosownie do stwierdzonej ich winy, czy też poddać badaniu ich zachowanie się w czasie okupacji i w razie stwierdzenia ich winy odmówić z tego powodu wpisania na listę członków. Po zaznajomieniu się ze sposobem postępowania w podobnych sprawach Izb zachodnich, które tego rodzaju spraw miały więcej i utworzyły u siebie specjalne komisje weryfikacyjne, Zarząd kierował sprawy tego rodzaju na zwyczajną drogę, tj. do Kolegium Rzeczników Dyscyplinarnych i do Sądu Dyscyplinarnego.

Posiadając swego przedstawiciela w Miejskiej Radzie Narodowej w Krakowie mógł Zarząd Izby wywierać pewien wpływ na sprawy związane ze zdrowiem publicznym Krakowa. Natomiast nie posiadała Izba swego przedstawiciela w Wojewódzkich Radach Narodowych. Ponadto brał Zarząd przez swoich delegatów udział w pracach komitetów społecznych, jak: komitet dla ustalenia wysokości pomocy zimowej, pomocy dla powodzian, daniny narodowej, komisji badania materiałów sanitarnych UNRRA itp.

Prezes dr G o ł ą b wziął z ramienia Izby udział w Zjeździe delegatów Zachodnich Izb Lekarskich w Katowicach, a dr C i e ć k i e w i c z Marian i dr S o k o ł o w s k i Józef w Zjeździe Izb Lekarskich w Poznaniu. Omawiano tam aktualne zagadnienia dotyczące gospodarki Izbowej i uchwalono jednolite postępowanie w sprawach: prowadzenia biur, ewidencji członków, specjalizacji lekarzy, wysokości składek członkowskich itp.

Liczba członków Izby w okresie sprawozdawczym wynosiła w dniu 31. XII. 1946: 1.724. W okresie tym przybyło 43 członków a ubyło 40 członków. Biuro Izby załatwiło 993 spraw, pomijając znaczną ilość rozmaitej treści zaświadczeń i wykazów oraz upomnień o zaległe składki członkowskie.

Ze Związkiem Lekarzy P. P., ze Związkiem Pracowników Służby Zdrowia (sekcja lekarzy) i Związkiem Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych kontynuował Zarząd w tym okresie współpracę. Ponieważ Związek Lekarzy P. P. zorganizował w swym łonie Sekcję Pań, która objęła funkcje charytatywne niesienia pomocy osobom ze świata lekarskiego potrzebującym jej, Izba Lekarska postanowiła nie prowadzić tej akcji dwutorowo. Zarząd Izby przelał swoją działalność w tym względzie na Związek Lekarzy, przekazując równocześnie Związkowi co miesiąca na ten cel potrzebne kwoty. Z kwot tych rozlicza się Związek co miesiąca, przedkładając Izbie wykaz osób objętych akcją pomocy i sum im wypłaconych.

Do pilniejszych zadań Zarządu Izby w okresie sprawozdawczym należało dalsze uporządkowanie finansów Izby. Wojna i okupacja przerwały ciągłość prac Izby, a w okresie powojennym masowe przenoszenie się lekarzy z izb wschodnich na teren Izby Krakowskiej, jak też i odwrotnie, wyjazd wielu lekarzy na ziemie odzyskane stwarzały trudności w ustalaniu liczby członków, zwłaszcza, iż koledzy, którzy opuszczali teren Izby bardzo często nie zawiadamiali Izby o swym przesiedleniu się. Ten stan nie zezwalał na odległe planowanie i zmuszał do prac na krótką metę. Chcąc sprostać wielu zadaniom, jakie Izba miała przed sobą, trzeba było zdobyć odpowiednie fundusze. W tym celu Zarząd Izby musiał ustalić, jak wielkie są zaległości członków z tytułu składek do Izby, jak też do Kasy Wzajemnej Pomocy. Ponieważ w okresie wojny wielu lekarzy nie płaciło wkładek do Kasy Wzajemnej Pomocy, gdyż znajdowali się bądź w obozach, bądź też byli rozproszeni po świecie, Zarząd Izby postanowił, że wszyscy członkowie, którzy pragną, aby spadkobiercy korzystali z całej premii, winni uregu-

lować swe zaległości. W przeciwnym bowiem razie Kasa Wzajemnej Pomocy nie byłaby w stanie wypłacać premii w tej wysokości, jaka jest przewidziana regulaminem. Biuro Izby podjęło tę pracę i obliczyło wszystkim członkom zaległości zarówno do Kasy Wzajemnej Pomocy, jak też i Izby z tytułu składek członkowskich i zawiadomiło Kolegów o ich zaległościach. Z uwagi na to, że zaległości te wynoszą nieraz dość znaczne kwoty, Zarząd Izby wyznaczył pewien dłuższy termin do ich uregulowania. Ponieważ jednak wkładki były podwyższane w związku z ogólną sytuacją gospodarczą co pewien okres czasu, przeto kwoty zaległe stawały się coraz to mniej wartościowe. Aby sprawa ta z czasem nie doprowadziła do takiego stanu, że zaległości będą przedstawiały zupełnie nikłą wartość, Zarząd Izby ustalił ostateczny termin dla wpłaty zaległości, obliczonych według tych stawek, jakie w ubiegłych latach obowiązywały (w r. 1945 — 50 zł, w r. 1946 — 100 zł), który mija z dniem 30 czerwca 1947 r. Po tym okresie zaległości będą obliczane na podstawie liczby zaległych składek, którą będzie się mnożyć przez wysokość bieżącej składki, obowiązującej w okresie wpłaty. Ten sposób zabezpieczy zarówno Izbę i interesy ogółu Kolegów a zwłaszcza ich rodziny przed zbyt niską premią pośmiertną. W pierwszym okresie przy wkładce 50 zł Zarząd Izby ustalił premię pośmiertną na 10.000 zł, następnie po podniesieniu wkładki na 100 zł wypłacał premię 20.000 zł. Obecnie po podwyższeniu wkładki na 200 zł Kasa będzie wypłacać premie w kwocie 50.000 zł i to możliwie w krótkim czasie. Wszystkie te usiłowania mogą być zrealizowane tylko wówczas, jeżeli wszyscy Koledzy będą wpłacali terminowo wkładki bieżące i jeżeli nie będą powstawały zaległości, które hamują pracę biura Izby. Należy podnieść także, że szereg spadkobierców nie podejmowało premii pośmiertnej po zmarłych wzgl. zamordowanych lekarzach, licząc się z tym, że po pewnym okresie czasu uzyskają może premie wyższe wzgl. w ustabilizowanej już walucie. Musimy wyjaśnić, że polega to na nieporozumieniu, gdyż Kasa Wzajemnej Pomocy wypłaca wdowie premię, jaka obowiązywała w chwili śmierci tego członka Kasy. Ponadto należy dodać, że niepodjęte premie do roku od chwili śmierci członka Kasy powoduje w myśl Regulaminu Kasy przelew tej premii na cele ogólne, a w szczególności na wdowy i sieroty po lekarzach. Jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że premia, jaką otrzymują dziś rodziny zmarłych członków Kasy jest niewspółmiernie niska w porównaniu z wartością premii przedwojennej, jednak jest to od nas niezależne. Należy tu podnieść, że żadna z instytucji asekuracyjnych nie wypłaciła ubezpieczonym z okresu przedwojennego ani jednego złotego. Kasa Wzajemnej Pomocy Izby wypłacała mało, ale płaciła przez czas okupacji i płaci z własnych swych funduszów od pierwszej chwili, kiedy Zarząd Izby podjął na nowo swą działalność.

Straty spowodowane zniszczeniem w domach Izby na skutek działań wojennych zostały całkowicie usunięte, a przeprowadzane remonty doprowadzają domy do coraz lepszego stanu. Domy przyniosły nadwyżki, które zostały zużytkowane na spłatę premii pośmiertnych. Zobowiązania nasze i przedwojenne pożyczki, zaciągnięte przy kupnie domu przy ul. Szczepańskiej 1, są spłacane zgodnie z planem. Gospodarkę finansową Izby i domów ilustrują załączone zestawienia finansowe.

Zarząd Izby Lekarskiej subwencjonował w okresie sprawozdawczym „Przegląd Lekarski" organ Izby, kwotą 25.000 zł i dał mu bezpłatny lokal w swoim domu.

Dla jednego studenta medycyny wyznaczono stypendium w wysokości 1.000 zł miesięcznie. Kwota ta zostanie w r. 1947 podniesiona.

Aby Zarząd Izby mógł wszystkim zadaniom finansowym sprostać należycie, musi apel Zarządu, aby Koledzy wyrównali wszystkie swoje zobowiązania finansowe, znaleźć oddźwięk u wszystkich Kolegów. Ustawiczne apele i upomnienia absorbują cały personel biurowy, stwarzają dla Kolegów niepotrzebne koszty i opóźniają zajęcie się innymi ważniejszymi zagadnieniami.

W ciągu roku sprawozdawczego Zarząd odbył 9 posiedzeń. Ponadto periodycznie zbierało się Prezydium Izby we czwartki w godzinach wieczornych szczególnie od czasu, gdy biuro Izby było czynne dla Kolegów w godzinach od 17—19.

Sekretarz:	Wiceprezes:
(Dr M. Ciećkiewicz)	(Dr Wł. Stryjeński)

Skarbnik:
(Dr J. Lebioda)

Rachunek strat i zysków na dzień 31 XII 1946

STRATY

Naczelna Izba Lek.		
zaległe składki		182.031.—
Premie pośmiertne		
wypł. prem. pośm.	875.466.—	
niewypł. prem. pośm.	476.570.—	1,352.036.—
Subwencje		
Zw. Zaw. Lek. P. P.	35.000.—	
Przegląd Lek.	25.000.—	60.000.—
Koszty		
Płace personelu	166.747.—	
premie personelu	161.511.—	
utrzymanie biura	4.335.—	
koszty adm. — różne	18.210.50	
" " opał	21.635.—	
" " światło	407.50	
" " gaz	870.—	
Diety — koszty podróży	22.410.—	
Materiały biurowe	18.973.—	

Prenumeraty — wydawn.	2.138.—	
Telefon	11.959.—	
Portoria	27.952.50	457.148.50
Remonty		69.547.—
Podatki		
Podatek od uposażeń	2.242.55	
Świadcz. na rzecz U. S.	12,976.70	15.219.25
Amortyzacja		6.429.25
Nadwyżka		
Czysty zysk i niewpłacone składki		1,663.753.05
		3,806.164.05

		ZYSKI
Składki do Izby Lek.	1,009.942.—	1,655.836.95
Składki do Kasy Wzaj. Pom.	645.894.95	
Zaległe składki do Izby	748.800.—	
Zaległe składki do Kasy Wzaj. Pomocy	1,140.131.—	1,888.931.—
Fundusz za legitymacje		3.815.—
Fundusz za upomnienia		13.269.10
Administracja domów		
Dom ul. Krupnicza 11a odprowadził do kasy Izby	5.000.—	
Dom ul. Szczepańska 1 odprowadził do kasy Izby	227.500.—	
Czysty zysk ul. Krupnicza 11a	617.—	
Czysty zysk ul. Szczepańska 1	11.195.—	244.312.—
		3,806.164.05

Bilans Izby Lekarskicj na dzień 31 XII 1946

GOTÓWKA		
Kasa		
Izba Lekarska	83.500.—	
Kasa Wzaj. Pomocy	20.011.82	
P. K. O. IV—132	125.616.20	
P. K. O. IV—143	161.623.80	
K. K. O.	884.—	391.635.82
Papiery wartościowe		1.—
Książeczki oszczędn. r. 1939		177.282.10
Nieruchomości		
Dom przy ul. Krupniczej	192.654.30	
Dom przy ul. Szczepańskiej	305.321.42	
	497.975.72	
amortyzacja	4.979.75	492.995.97
Ruchomości	14.495.—	
amortyzacja	1.449.50	13.045.50
Dłużnicy		
Dłużnicy Izby Lek. z tyt. składek		748.800.—
Dłużnicy Kasy Wzaj. Pom. z tyt. składek		1.140.131.—
Pożyczka Izby Lek. — czynsze		288.000.—
Nadwyżka ul. Krupnicza 11a		617.—
Nadwyżka ul. Szczepańska 1		11.195.—
		3.263.703.39
WIERZYCIELE		
Izba Lekarska		
Nacz. Izba Lekarska	132.031.—	
Spółdz. Spoż.	8.580.—	
K. K. O. dług. hipot.	105.144.99	245.755.99
Kasa Wzaj. Pomocy		
Wierzyc. z tyt. premii	476.570.—	
Izba Lek. Kraków	288.000.—	764.570.—
Majątek		589.624.35
Nadwyżka		
czysta nadwyżka i niewpłacone składki		1,663.753.05
		3,263.703.39

Komisja Rewizyjna:

Dr Jadwiga Spoczyńska

Dr Józef Nüssenfedl

Dr Alfred Merz

Dr Marian Ciećkiewicz
sekretarz

Dr Jerzy Lebioda
skarbnik

Dr Władysław Stryjeński
wiceprezes

Protokół

posiedzenia Kom. Rew. Izby Lekarskiej odbytego w dniu 2 maja 1947.

Komisja Rewizyjna w składzie: P. dr Jadwiga Spoczyńska, jako przewodniczący i pp. dr Józef Nüssenfeld i dr Alfred Merz, jako członkowie Komisji zebrała się w dniu dzisiejszym w lokalu biurowym Izby Lekarskiej celem przeprowadzenia kontroli gospodarki pieniężnej Izby za czas od 1 kwietnia 1946 do 31. XII. 1946.

Komisja zaznajomiwszy się z przedstawionym przez Skarbnika Izby p. dra Lebiodę bilansem Izby przeprowadziła kontrolę ksiąg Izby i alegatów kasowych oraz ksiąg administracji domów Izby i stwierdziła zgodność ksiąg z alegatami oraz celową gospodarkę pieniężną Zarządu Izby za okres sprawozdawczy, tj. za czas od 1. IV. do 31. XII. 1946.

Wobec tego uchwala Komisja Rewizyjna udzielenie Zarządowi absolutorium z gospodarki pieniężnej za czas powyższy.

Dr Jadwiga Spoczyńska
Dr Józef Nüssenfeld
Dr Alfred Merz

Sprawozdanie Kasy Wzajemnej Pomocy Lekarzy przy Izbie Lekarskiej w Krakowie za okres od 1. IV. 1946 do 31. XII. 1946.

W okresie sprawozdawczym zmarło 19 członków Kasy. Na podstawie wiarygodnych zawiadomień uznano ponadto 23 członków zaginionych w czasie wojny za zmarłych, zatem łącznie w 42 wypadkach przyznano premie pośmiertne osobom wymienionym w deklaracjach lub rodzinom zmarłych zgodnie z uchwałą Zarządu w każdym poszczególnym wypadku według obowiązujących norm.

Wpływy Kasy wyniosły w okresie sprawozdawczym 645.894.95 zł, w tym czasie wypłacono tytułem premii kwotę 878.966 zł. Deficyt został pokryty z funduszów Izby Lekarskiej.

Składki członkowskie Kasy wynosiły w tym okresie: od 1. I. 1946 do 30. VI. 1946 po 50 zł miesięcznie; od 1. VII. do 31. XII. 1946 po 100 zł miesięcznie.

Kasa ponownie stwierdza, że wkładki członków wpływały i wpływają opieszale przeważnie dopiero po upomnieniach. Zarząd Kasy apeluje do członków swych, by obowiązek regularnego uiszczania składek spełniali sumiennie, mając na względzie dobro ogółu i sprawne funkcjonowanie Kasy.

Ostatnio płacona w okresie sprawozdawczym premia została ustalona przez Zarząd Izby na 25.000 złotych.

Kierownik Kasy
(Dr Zdzisław Czaplicki).

Sprawozdanie Kolegium Rzeczników Dyscyplinarnych za rok sprawozdawczy 1946

Skład osobowy Kolegium Rzeczników Dyscyplinarnych:

Przewodniczący: Doc. Dr Tadeusz Keller.

Członkowie Collegium:

Dr Epler Roman
Dr Górski Franciszek
Dr Kusiak Marian
Dr Nowosielski Włodzimierz
Dr Nowakowa Janina
Dr Pawłowski Ferdynand
Dr Żabiński Robert

W roku sprawozdawczym 1946 przekazał Zarząd Izby do Kolegium Rzeczników 19 spraw

Pozostało z r. 1945 niezałatwionych	—	„
Przeprowadzono dochodzenia i przekazano Zarządowi Izby Lekarskiej:		
z wnioskiem na ukaranie	5	„
„ „ na umorzenie	4	„
Przekaz. innej Izbie Lekarskiej	1	„
Ogółem załatwionych	10	spraw
Pozostało na rok 1947	9	„
Razem	19	spraw

Z pozostałych na r. 1947 spraw wpłynęło 7 spraw do Kolegium Rzeczników w końcu 1946 mianowicie w mies. XI i XII. Poza tym w 2 sprawach prowadzone są dochodzenia równocześnie w Sądzie Państwowym, zatem sprawy te musiały ulec zwłoce.

Przewodniczący Coll. Rzeczników
(Doc. Dr Tadeusz Keller)

Sprawozdanie Sądu Izby Lekarskiej za rok 1946

Skład osobowy Sądu Izby Lekarskiej:

Prezes Sądu: Dr Zdzisław Czaplicki.

Członkowie: Dr Stanisław Cikowski, Dr Henryk Czapnicki, Dr Józef Horodeński, Dr Jerzy Jasieński, Dr Eugeniusz Klassa-Brunicki, Dr Stanisław Liwszyc-Tomasik, Dr Alfred Merz, Dr Tadeusz Mulowski, Doc Dr Zbigniew Oszast, Dr Józef Owsiński, Dr Stanisław Paszkowski, Dr Walenty Popek, Dr Helena Szlapak, Doc. Dr Feliks Siedlecki, Dr Mieczysław Stypa (zmarł 9. VI. 1946 r.).

W roku sprawozdawczym wpłynęło:

Do Sądu Dyscyplinarnego 5 spraw
Odbyły się rozprawy w 4 sprawach
Pozostaje na r. 1947 niezałatwiona 1 sprawa.

Zapadły wyroki:

1 na „upomnienie"
1 na „naganę" obostrzoną grzywną
1 na „naganę" bez grzywny (Sprawa łączna 2 lekarzy).
1 na „uwolnienie"
1 rozprawa została odroczona aż do ukończenia postępowania w Sądzie Państwowym.

W jednej sprawie obwiniony wniósł odwołanie do Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, zaś w innej sprawie wniósł odwołanie do Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej Rzecznik Dyscyplinarny.

Do Sądu Polubownego wpłynęła: 1 sprawa, w której wydano orzeczenie.

Prezes Sądu Dyscyplinarnego
(Dr Zdzisław Czaplicki)

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

KOMUNIKAT Nr 8/47

Suma 25.000 zł wypłacana dotychczas przez Kasę Wzajemnej Pomocy Lekarzy tytułem premii pośmiertnej okazuje się nie wystarczającą. Aby wysokość jej dostosować choć w przybliżeniu do obecnych stosunków gospodarczych, postanowił Zarząd Izby podnieść ją do wysokości 50.000 zł, co musi w konsekwencji pociągnąć za sobą konieczność stosownego podwyższenia składek członkowskich Kasy Wzajemnej Pomocy Lekarzy. Podwyżka opłat miesięcznych ze 100 zł na 200 zł (licząc za 2 zmarłych po 100 zł) obowiązuje od 1 maja 1947.

Zarząd Kasy pragnie też jak najrychlej przystąpić do gotówkowej wypłaty osobom uprawnionym premii pośmiertnej obliczonej wedle ilości członków w chwili śmierci (składka pomnożona przez liczbę członków). Dla uruchomienia w tym celu całej należnej od członków gotówki uchwalił Zarząd Izby przystąpić do bezwzględnego ściągnięcia zaległości, choćby drogą egzekucji. Równocześnie postanowił Zarząd tym członkom Kasy, którzy do dnia 30 czerwca br. całej zaległości nie wyrównają, obliczyć ją wedle ilości zaległych składek, tj. przeliczyć zaległość, mnożąc ilość zaległych składek przez obecną wysokość składki (100 zł). Nie wątpimy, że ogół członków Kasy skorzysta z wyznaczonego czasokresu i we własnym interesie przed dniem 30 czerwca br. wyrówna zaległość wedle dotychczasowej wysokości bez stosowania przymusu.

Wiceprezes: (Dr Wł. Stryjeński)
Sekretarz: (Dr M. Ciećkiewicz)
Skarbnik: (Dr J. Lebioda).

KOMUNIKAT Nr 9/47

Jedna z Ubezpieczalni Społecznych zwróciła się do Izby Lekarskiej z doniesieniem, że część lekarzy nie stosuje się do obowiązujących stawek cennika należności lekarskich w razie udzielania pomocy lekarskiej w nagłych zachorowaniach, narażając świat pracy na słuszne skargi. W razie nagłego zachorowania bowiem, szczególnie w okresach szerzących się epidemii, gdy lekarze Ubezpieczalni przeciążeni są nadmierną pracą, uzyskanie porady u lekarza wolno praktykującego pociąga za sobą dla ubezpieczonego niesłuszne koszty, wynikające z różnicy między pobieraną przez lekarza kwotą a kwotą cennikową, którą Ubezpieczalnia Społeczna zwraca ubezpieczonemu jako koszt leczenia.

Przestrzegamy Kolegów przed tego rodzaju postępowaniem. Lekarze nie mogą ubezpieczonym, którzy zwracają się do nich w nagłych wypadkach, odmawiać swej pomocy ani też żądać honorarium wyższego aniżeli to przewiduje cennik wojewódzki.

Wiceprezes: (Dr Wł. Stryjeński).
Sekretarz: (Dr M. Ciećkiewicz).

KOMUNIKAT Nr 10/47

Pragnąc nawiązać z powrotem przerwane przez wojnę stosunki kulturalne słowiańskiego świata lekarskiego, Izba Lekarska w Krakowie organizuje w ciągu lata br. wycieczkę lekarzy polskich do Pragi.

Celem wycieczki jest wzajemna wymiana doświadczeń i osiągnięć obu krajów w dziedzinie medycyny społecznej i publicznej służby zdrowia oraz zaproszenie kolegów czeskich do zwiedzenia naszych uzdrowisk położonych niedaleko wspólnej granicy na naszych Ziemiach Odzyskanych.

Kolegów pragnących wziąć udział w wycieczce prosimy o zgłaszanie uczestnictwa w biurze Izby Lekarskiej w Krakowie, po czym po ustaleniu liczby uczestników i uzgodnieniu szczegółów z Izbą Lekarską w Pradze, podamy szczegółowy program i warunki wyjazdu. Liczymy w pierwszym rzędzie na Kolegów interesujących się medycyną społeczną w samorządzie, w szpitalach publicznych i w Ubezpieczalni Społecznej i prosimy o zgłaszanie referatów, które ewentualnie będą wygłoszone.

Wiceprezes: (Dr Wł. Stryjeński).
Sekretarz: (Dr M. Ciećkiewicz)

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Izba Lekarska przypomina, że:

W Krakowskim Dzienniku Wojewódzkim z dnia 1 maja 1947 r. Nr 13 ukazało się pod poz. 51

Zarządzenie Wojewody Krakowskiego z dnia 21 kwietnia 1947 r. o podwyższeniu stawek „Cennika należności lekarskich", obowiązującego na obszarze Województwa Krakowskiego.

§ 1.

Na podstawie art. 21 ust. 1 Rozp. Prezydenta R. P. z dnia 25. IX. 1932 r. o wykonywaniu praktykżi lekarskiej (Dz. Ustaw R. P. Nr 81, poz. 712) zgodnie z uchwałą Wydziału Wojewódzkiego z dnia 8 stycznia 1947 r. zarządzam stosowanie 30-krotnego mnożnika do „Cennika należności lekarskich, obowiązującego na obszarze Województwa Krakowskiego", ogłoszonego Obwieszczeniem Wojewody Krakowskiego z dnia 8 września 1938 roku (Krak. Dzien. Wojew. Nr 23 z dnia 1. X. 1938 r.).

§ 2.

Równocześnie uchylam moją decyzję z dnia 4 czerwca 1945 r. L. Z. I-2a-45 zatwierdzającą 20-krotny mnożnik dla „Cennika należności lekarskich, obowiązującego na obszarze Województwa Krakowskiego".

§ 3.

Zarządzenie niniejsze obowiązuje od dnia 8 stycznia 1947 r.

Wojewoda:
Dr K. Pasenkiewicz.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół

posiedzenia z dnia 4. XII. 1946 r.

Dr *Chlebowski* streszcza odczyt wygłoszony na poprzednim posiedzeniu, po czym rozpoczęła się dyskusja nad odczytem, w której przemawiali Dr *Sokołowski*, Prof. *Lewkowicz*, Dr *Pochopień*.

Po zakończeniu dyskusji Dr *Szwarc przedstawił film obrazujący ciążę w macicy mięśniakowatej.*

W dyskusji zabrał głos Dr *Cikowski.*

W dalszym ciągu posiedzenia Dr *Pochopień wygłosił odczyt: „O leczeniu zarobaczeń u dzieci".*

Zwalczanie zarobaczenia u dzieci polega na zapobieganiu temu zakażeniu oraz należytym jego rozpoznawaniu i leczeniu. Racjonalne zapobieganie zarobaczeniom wymaga odpowiedniego uświadomienia w tym kierunku społeczeństwa, znajomości sposobów rozmnażania się pasożytów, a polega na przestrzeganiu ogólnych wymogów higieny, w szczególności unikania spożywania zanieczyszczonych zakażoną ziemią owoców, jagód i jarzyn oraz na uniemożliwieniu przenoszenia się zakażenia jajami pasożytów za pomocą zanieczyszczonych rąk i bielizny, a więc przez zwalczanie zakorzenionego zwyczaju sypiania dzieci z rodzicami na jednej pościeli. Odnosi się to przede wszystkim do zakażenia jajami owsików. Należyte rozpoznawanie zarobaczeń zależy w dużej mierze od nastawienia w tym kierunku lekarza oraz odpowiedniego sposobu badania stolca na obecność jaj pasożytów. Jeśli chodzi o stwierdzenie jaj glist i włosogłówek, badanie to dla wprawnego nie nastręcza żadnych trudności, natomiast wykrycie w stolcu jaj owsików wymaga specjalnej techniki badania, a stosunkowo najłatwiej udaje się ono w śluzie pobranym wacikiem z odbytnicy, rozmąconym w roztworze fizjologicznym soli kuchennej i odwirowanym.

Samo leczenie powinno opierać się na stosowaniu

środków wypróbowanych, pewnie działających zabójczo na pasożyty, a nieszkodliwych dla zdrowia, nadto powinno uwzględniać każdorazowy stan ogólny dziecka. Jeśli chodzi o glisty, warunki te spełnia nadal santonina, odpowiednio stosowana ze środkiem przeczyszczającym oraz jej pochodna „Oxyascarin", całkowicie nierozpuszczalna w wodzie i wskutek tego działająca silnie również w jelicie grubym.

W leczeniu zarobaczeń włosogłówkami, wbrew zdaniu pewnych autorów, nie jesteśmy pozbawieni pewnie działających środków, gdyż preparaty arsenowe, jak stovarsol lub spirocid według doświadczenia autora działają całkiem pewnie, należy jednak równocześnie stosować codziennie wysokie lewatywy i przestrzegać koniecznych zabiegów zapobiegających samozakażeniu. Najwięcej trudności nastręcza leczenie zarobaczenia owsikami, gdyż wymaga wytępienia ich w jelicie lekiem doustnym oraz usunięcia z odbytnicy lewatywami, nadto wymaga również zabiegów zapobiegających samozakażeniu ich jadami. Spośród wielu zalecanych leków stosunkowo najbardziej skutecznym jest preparat glinowy Oxymors i pochodna metanu Butolan. Najskuteczniejszym jednak jest według kilkuletniego doświadczenia autora preparat Altra-Wandera, zawierający wyciąg z kruszyny jako lek działający oraz dodatek aloiny jako środek silniej rozwalniający. Oczywiście konieczne jest stosowanie równoczesne lewatyw i niezbędnych zabiegów zapobiegających samozakażeniu jajami owsików. Natomiast dla niemowląt i małych dzieci więcej odpowiednim i pewnie skutecznym jest wypróbowany przez autora nowy preparat z kruszyny, pozbawiony gorzkiego smaku: O x y u r i a s i n, wytwarzany przez państwową fabrykę Wandera.

W razie niemożności leczenia zarobaczeń środkami farmaceutycznymi, należy stosować leczenie za pomocą środków domowych: podawać dzieciom przez dłuższy czas co najmniej 2 do 3 tygodni codziennie surową kapustę kiszoną, czosnek lub cebulę i stosować równocześnie dietę białkową, bezbłonnikową.

Pomimo dużych możliwości powtórnego zakażenia pasożytami, zwłaszcza owsikami, nie należy zniechęcać się do leczenia, gdyż każdorazowe wypędzenie pasożytów podnosi stan ogólny dziecka i w ten sposób umożliwia wytworzenie swoistego uodpornienia i niewrażliwości na jady pasożytów.

Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: *Dr A. Kunicki* — Prezes: *Prof. Dr E. Brzezicki*

VIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów i Epidemiologów

W Warszawie w gmachu Państwowego Zakładu Higieny, w dniach 13 i 14 kwietnia odbył się ósmy z kolei, a pierwszy w okresie powojennym Zjazd Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów i Epidemiologów. Otwarcia Zjazdu dokonał Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Prof. Dr Feliks Przesmycki. Przed przystąpieniem do prac uczestnicy uczcili 1-minutową chwilą milczenia pamięć zamordowanych przez Niemców, lub zmarłych podczas wojny licznych członków Towarzystwa.

Szczegółowe sprawozdanie z prac naukowych Zjazdu ukaże się w osobnej publikacji. Ze względu na szczupłe ramy niniejszego referatu ograniczyć się muszę jedynie do bardzo ogólnikowego sprawozdania.

Z wygłoszonych czterech referatów programowych, referat L. Hirszfelda — O czynniku Rh —, wywołał niewątpliwie najżywsze zainteresowanie. Wielki nasz znawca zagadnień grup krwi podszedł do zagadnienia programowego od strony genetycznej, przy czym przeprowadził przekonywującą analogię pomiędzy wytwarzaniem się i dziedziczeniem czynników Rh, a tymi zjawiskami w odniesieniu do podstawowych grup krwi. Uzupełnieniem referatu L. Hirszfelda był jego komunikat wspólny z J. Szyszkowicz i komunikat L. Tomaszewskiego.

Drugi referat programowy W. Kuryłowicza i T. Korzybskiego — Antybiotyki i ich znaczenie w terapii — wykazał dobitnie, jak dalece problem antybiotyków staje się zagadnieniem naukowym sam dla siebie i jak paląca jest sprawa ujednostajnienia metod badań naukowych nad antybiotykami w Polsce oraz wprowadzenia do badań standaryzowanych preparatów. Ożywioną dyskusję wywołał komunikat uzupełniający do powyższego tematu W. Kuryłowicza i St. Ślopka nad wpływem streptomycyny i penicyliny na pałeczki czerwonkowe. W badaniach na myszach stwierdzili autorzy sumowania się działania toksyny czerwonkowej i toksycznego działania streptomycyny. Z powyższym referatem programowym wiąże się również ściśle komunikat H. i P. Meislów, którzy przy użyciu beztlenowo rosnących zarodnikowców doszli do takich samych wyników, jak W. Kuryłowicz i St. Ślopek w badaniach nad pałeczkami czerwonkowymi. Inne komunikaty z tego zakresu St. Stetkiewicza i St. Stępkowskiego nie podawały wyników własnych autorów, a były raczej referatami z piśmiennictwa.

Wygłoszony w drugim dniu Zjazdu referat programowy M. Kacprzaka — Stan epidemiologiczny kraju — wywołał tak ożywioną dyskusję, że miejscami przechodziła ona niemal w spór. Większość przemawiających w dyskusji nie podzielała bardzo optymistycznej oceny referenta odnośnie stanu epidemiologicznego Polski. Referat M. Kacprzaka podkreślał wielki wysiłek jaki nasza odrodzona administracja państwowa, a Ministerstwo Zdrowia w szczególności, włożyła w walkę z chorobami zakaźnymi. Wyniki tej pracy uwzględniając trudne warunki powojenne są bardzo dobre, ale jak sam referent podkreślił w dużej mierze odgrywał tutaj rolę szczęśliwy zbieg okoliczności. Komunikat J. Parnasa uzupełniał powyższy referat w zakresie epidemiologii weterynaryjnej. Referent w zwięzły sposób podał ocenę sytuacji epizootycznej kraju i podkreślił najbardziej palące zagadnienia. Zaliczyć do nich należy walkę z zarazami wodowstrętu, różycy i pomoru drobiu.

Komunikat St. Legeżyńskiego — Opis i analiza epidemii wodnej durowo-czerwonkowej —, tematem wiązał się również ściśle z referatem M. Kacprzaka i na bardzo dobrze i szczegółowo pod względem epidemiologicznym i bakteriologicznym opracowanym ma-

teriale podawał opis klasycznie wprost przebiegającej zarazy, wywołanej zakażeniem wody wodociągowej w mieście wielotysięcznym. Przypominała ona w zupełności opisy znanych epidemii wodnych w Rostocku i Hannowerze.

Czwarty referat programowy — O immunologii virusów —, przygotowany był przez Z. Szymanowskiego. Na marginesie tego referatu należy z ubolewaniem podkreślić, że badania nad virusami stanowią dziedzinę naukową bardzo w Polsce zaniedbaną. Na 43 referaty zgłoszone na Zjazd, tylko programowy referat Z. Szymanowskiego dotyczył tego problemu, a i ten był również tylko przeglądem referatowym piśmiennictwa.

Inne komunikaty poruszały tematy z bardzo różnych dziedzin mikrobiologii, serologii, immunochemii, epidemiologii i innych.

Z zakresu immunochemii na pierwszy plan wysunęły się prace E. Mikulaszka oraz jego dawnych i obecnych współpracowników: W. Kuryłowicza, L. Rzucidły, St. Ślopka, A. Skurskiego i H. Waleckiego. Dotyczyły one przede wszystkim nowych typów ciał odpornościowych (ciepłochwiejne dwuchwytniki), oraz serochemii izolowanych antygenów bakteryjnych i pasożytniczych. Z ilości zgłoszonych komunikatów, których część z powodu braku czasu nie mogła być wygłoszona, można było stwierdzić, że kierunek ten jest w Polsce silnie reprezentowany. Do tej dziedziny należą również referowane prace B. Zabłockiego.

Z badań nad Rickettsiozami zgłoszone były trzy komunikaty, z których jeden J. Zwierza — Badania doświadczalne nad zarazkiem duru plamistego u dzikich szczurów na terenie Wrocławia —, z powodu choroby referenta nie został wygłoszony. Drugi komunikat S. Kryńskiego dotyczył b. ciekawego i ciągle nierozwiązanego zagadnienia możliwości przechodzenia Rickettsia Prowazeki w pałeczkę odmieńca X_{19}. Trzeci komunikat Z. Przybyłkiewicza i J. Kostrzewskiego omawiał zagadnienie masowych zakażeń laboratoryjnych Rickettsia quintanae na podstawie obserwacji przeprowadzonych w Warszawie i Krakowie.

Komunikaty J. Morzyckiego, Z. Mianowskiej i H. Waleckiego omawiały zmiany antygenowe pałeczki duru brzusznego w przebiegu choroby i w przebiegu zarazy. Zwłaszcza ujęcie tematu przez J. Morzyckiego było b. ciekawe. Referent wprowadził pojęcie patologii mikroorganizmu na wzór patologii makroorganizmu, szukając w ten sposób na podstawie ich wzajemnego na siebie oddziaływania, wytłumaczenia zmian zachodzących w mikroorganiźmie oraz wpływu tych zmian na przebieg choroby i zarazy. Tematowo z powyższym łączyły się komunikaty: H. Brokmana i K. Lachowicza, omawiający występowania Salmonelloz na materiale kliniki dziecięcej Akademii Lekarskiej w Gdańsku, oraz A. Malejczyk omawiający nasilenie się zakażeń paratyfusem A w Polsce.

Z innych tematów omawianych na Zjeździe, a jeszcze nie zreferowanych warto wspomnieć o doskonale opracowanym komunikacie J. Rutkowskiego — O wartości plazmy ludzkiej w przetaczaniu krwi —. L. Fleck omówił obszernie zjawisko leukergii, znane już czytelnikom z jego publikacji w Pol. Tyg. Lekarskim, oraz z prac referenta przedwojennych nad cytoordyną. Komunikat F. Milgrooma podał znaną już wszystkim z licznych publikacji ogłaszanych w okresie przedwojennym metodykę badań masowych na kiłę przy użyciu techniki opisanej przez Chediaka i nie to stanowiło o wartości komunikatu, lecz daleko więcej podana przez referenta statystyka ilości zakażeń kiłowych, które jak widać przybierają w Polsce nasilenie epidemii. Wreszcie ciekawym był komunikat J. Łosińskiego — Studia nad pałeczką Pfeiffera u świń —. Referent wykazał, że krwiożądna ta pałeczka, której rola w patologii ludzkiej ciągle jeszcze nie jest w zupełności wyjaśniona, odgrywa w patologii zwierzęcej rolę ważnego czynnika przyczynowego.

Rozpatrując całość zagadnień naukowych poruszanych na Zjeździe uderzającym był brak prac z zakresu mikrobiologii ogólnej oraz mikrobiologii rolniczej względnie przemysłowej. Ten ostatni kierunek reprezentowany był jedynie, bardzo dobrze zresztą opracowanym, komunikatem J. Supińskiej-Jakubowskiej, p. t. Badania nad Streptococcus diacetilactis. Należy mieć nadzieję, że wejście do zarządu Prof. K. Bassalika poprawi ten stan w zakresie mikrobiologii ogólnej.

Udział w dyskusjach licznych uczestników Zjazdu, których było około 200, był bardzo ożywiony. Z gości zagranicznych obecny był Prof. R. Cruickshank, dyrektor Głównego Państwowego Laboratorium w Londynie. Zebranie towarzyskie, które odbyło się po pierwszym dniu Zjazdu, pozwoliło na swobodną wymianę myśli, przy czym wielu uczestników spotkało się po raz pierwszy od roku 1939. Zjazd został zamknięty przemówieniem Ministra Zdrowia Dr. T. Michejdy.

Za doskonałą organizację Zjazdu, zarówno pod względem naukowym, jak i gospodarczym, należą się Komitetowi Organizacyjnemu z przewodniczącym Dyr. Prof. F. Przesmyckim na czele, słowa podziękowania. W przyszłości należałoby może jedynie ograniczyć nieco ilość referatów, gdyż tegoroczna (43) była wyraźnie zbyt duża, co spowodowało dające się zauważyć przemęczenie uczestników. Należy jednak pamiętać, że ze względu na to, iż był to pierwszy Zjazd powojenny, przyjmowano wszystkie zgłoszone prace, mimo, że jak to zaznaczył w swym

przemówieniu gospodarz Zjazdu Prof. Przesmycki, zdawano sobie sprawę ze zbyt obfitego programu.

Po części naukowej odbyło się walne zebranie członków Towarzystwa zagajone przez jednego z nielicznych pozostałych przy życiu członków zarządu Prezesa Prof. dr. St. Legeżyńskiego. Dokonano wyboru nowych władz Towarzystwa w następującym składzie:

Prezes — Prof. dr L. Hirszfeld

Wiceprezesi: Prof. dr K. Bassalik, Prof. dr J. Parnas, Prof. dr F. Przesmycki.

Sekretarze: J. Szyszkowicz, H. Walecki.

Komisja Rewizyjna: Prof. dr J. Adamski, Prof. dr J. Morzycki, dr J. Zwierz.

Poza tym w myśl przyjętej zmiany statutu wchodzi do Zarządu z urzędu ustępujący Prezes, tj. w roku bieżącym Prof. dr St. Legeżyński. Wzruszająca była chwila wręczenia pieczęci Towarzystwa, przechowywanych w ciągu całego długiego i ciężkiego okresu wojennego przez ustępującego Prezesa, Prof. dr. St. Legeżyńskiego, nowowybranemu Prezesowi.

Utworzono cztery Komisje naukowe, a to: Mianownictwa, Antybiotyków, Bakteriofagów i Ujednostajnienia metod serologicznych. Uchwalono wziąć jak najliczniejszy udział w Międzynarodowym Zjeździe Mikrobiologów w Kopenhadze w lipcu 1947 r. Na wniosek Zarządu uchwalono zwołanie następnego Zjazdu Towarzystwa do Wrocławia na rok 1948.

Kraków, dnia 26 kwietnia 1947 r.

Zdzisław Przybyłkiewicz

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

CZASOPISMA KRAJOWE:

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI. Nr 13, 1947. A. Landau: Mechanizmy i obrazy niewydolności krążenia. — T. Koszarowski: Niedokrewność niedobarwliwa, samorodna i zespół Plummer-Vinsona jako stan przedrakowy. — A. Soszka: Dwuobwodowa diatermia jednoczasowa kończyny dolnej. — J. Majewski: Dwa przypadki ran kłutych serca. — B. Skarżyński: Działanie patologiczne energii atomowej. — M. Telatycki: Ocena stanu zagruźliczenia ludności w Polsce. — L. Cholewa: Statystyka zakażenia gruźliczego wśród krakowskiej młodzieży akademickiej na podstawie masowej radiografii.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI. Nr 14. 1947. A. Landau: Mechanizmy i obrazy niewydolności krążenia. (dok.)— S. Wszelaki: Leczenie błonicy penicyliną. — J. May: Odczyn Biernackiego w durze plamistym. — L. Cholewa: Statystyka zakażenia gruźliczego wśród krakowskiej młodzieży akademickiej na podstawie masowej radiografii (dok.). — A. Biernacki: Streptomycyna w leczeniu gruźlicy.

NOWINY LEKARSKIE. Z. 6. 1947. A. L. Zahradnik: Wpływ wyciągów z narządów na wywóz azotu niebiałkowego krwi — R. Drews: O wodonerczu w wieku dziecięcym. — J. Jankowiak: Przedwczesne inwalidztwo i jego zwalczanie. — M. May: Ramowy projekt walki z gruźlicą na terenie stoł. m. Poznania.

NOWINY LEKARSKIE. Z. 7—8. 1947. K. Nowakowski: Dr Stefan Glabisz wiceprezes Pol. Tow. Otolaryngologicznego w Poznaniu. — J. Muszyński: Zastępcze leki krajowe. — A. Schreiber: Wyniki statystyczne seregowych zdjęć rentgenowskich, przeprowadzonych w roku akademickim 1945—1946 wśród młodzieży akademickiej w Poznaniu. — M. Piechocki: Przypadek posulfamidowego zapalenia wielonerwowego z powodu leczenia rzeżączki u mężczyzny.

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH. Z. 2. 1947. E. Giebartowski: Ubezpieczenia społeczne i opieka społeczna w ZSRR. — A. Wanatowski: O finansowych podstawach ubezpieczeń społecznych. — T. Bober: Powojenne osiągnięcia budowlane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

MEDYCYNA WETERYNARYJNA. Nr 4. 1947. J. Parnas: Służba i nauka lekarsko-weterynaryjna w realizacji Narodowego Planu Gospodarczego. — A. Krupski: Podstawy naukowe do badań nad lizowatością bydław Szwajcarii. – S. Runge: Leczenie zatrzymanego łożyska u krów. — Z. Ewy: O hormonie wytwarzanym przez część korową nadnercza. — L. Zembrzuski: Zagadnienie choroby, jej istoty i definicji (dok.). — A. Pępkowski: Dostawy zwierząt UNRRA dla Polski (c. d.). — J. Dziekoński: Badania nad ogniskami pasożytniczymi w węzłach chłonnych bydła (dok.). — A. Trawiński: Podskórne uodparnianie koni zawiesiną aglutynatu włoskowców różycy. — Z. Rogiński, J. Kochański i E. Grodzki: Stosowanie surowicy przeciwróżycowej 50 jedn. do szczepień czynno-biernych. — J. Zagajewski: Zapobieganie i walka z plagą szczurów w przedsiębiorstwach hodowli drobiu. — J. Herman: Krajowa produkcja surowic weterynaryjnych. — M. L. Erdstein: O Kristallviolet — wakcynie. — A. Tekliński: Badania nad trwałością szczepionki formolowej przeciw pomorowi kur adsorbowanej wodorotlenkiem glinu i nad długotrwałością uzyskiwanej drogą szczepień odporności (dok.). — M. Szabuniewicz: Przyczynek do schorzeń kanału nosołzowego u koni. — Z. Madej i J. Szaflarski: Zatrucie fosforkiem cynku u zwierząt domowych. — S. Dżur: Nasilenie schorzeń przewodu pokarmowego według poszczególnych miesięcy z analizą przyczyn powstawania tych schorzeń za okres 1924—1933. — G. Staśkiewicz: O przydatności nitrazin-gelb do oznaczania pH mięsa. — H. Harland: Zarys historii rewindykacji koni z Niemiec. — E. Wadowski: Piętna palone w stadach lub stadninach polskich i obcych. (c. d.). — A. Senze: Zawód lekarza wet. a odbudowa Państwa.

PRZEGLĄD ZIELARSKI. Nr 1—2. 1947.
PRZEGLĄD HODOWLANY. Nr 3. 1947.
PRZEGLĄD HODOWLANY. Nr 4. 1947.
ŻYCIE NAUKI. Nr 13—14. 1947.

CZASOPISMA ZAGRANICZNE:

E. SOMMER

Dokąd zaszliśmy w walce z gruźlicą?

Schweiz. Med. Wochschft 26. X. 1946. Nr 43.

Ponieważ gruźlica jest typową chorobą zakaźną i ponieważ endemia gruźlicza utrzymuje się dzięki wzajemnemu zarażaniu się, przychodzi w skutku do większego lub mniejszego nasycenia zakaźnego każdej nowej generacji wśród ludności. Zważywszy, że w normalnych warunkach tylko mały procent spomiędzy zakażonych zachorowuje w wyraźny sposób na gruźlicę, chodzi więc u większości ludności właściwie o podleganie utajonej zarazie. Ocena niebezpieczeństwa gruźlicy danego kraju zależy od chwilowego stopnia przesiąknięcia ludności zarazą, od statystyki zakażonych, chorych „zamkniętych", „otwartych" i zmarłych. Suche doniesienie o liczbie zgłoszonych przypadków otwartej gruźlicy, czy przypadków śmiertelnych nie orientuje o przebiegu epidemicznym gruźlicy wśród ludności. Autor chce znaleźć odpowiedź na pytanie, dokąd zaszliśmy *dziś* pod względem epidemicznym w gruźlicy, jaki wpływ wywieramy w skutku przez nasze zapobiegawcze i aktywno-lecznicze zabiegi w stosunku do naturalnego przebiegu zarazy i czy wysiłki nasze w walce z gruźlicą należy uznać za fortunne i dodatnie pod każdym względem, czy może wypada dopatrywać się w nich pewnych ujemnych stron nie tyle ze stanowiska indywidualnie leczniczego, co zbiorowo leczniczego. Stopień rozpowszechnienia zarazy danego rocz-

nika ludności daje się najlepiej przedstawić przez obliczenie wskaźnika epidemicznego, tj. stosunku ilościowego dodatnich odczynów tuberkulinowych do ujemnych. Gdy wskaźnik wzrasta ponad 1, znaczy, że gruźlica zakaziła więcej niż połowę osobników badanych. W przebiegu takiej naturalnej epidemii gruźliczej rozróżnić można dwie fazy, z których pierwsza odznacza się szybkim przyrostem chorobowości, a przede wszystkim umieralności. W pierwszej fazie chodzi głównie o ciężkie przypadki ostrej, śmiertelnej choroby. Badania *Fergusona, Heinemanna* i *Andersona* na materiale Jawajczyków i Indian wykazały, że pierwsza faza epidemii wśród ludności „dziewiczej" trwa 30—50 lat. Drugą fazę charakteryzuje pewnego rodzaju równowaga z mniejszą śmiertelnością osobników młodych i dojrzałych. Tylko oseski stanowią wyjątek i przedstawiają dużą śmiertelność na pierwsze zakażenie. Pokazało się, że faza druga nie przebiega równomiernie przez szereg wieków, ale że jej krzywa przedstawia faliste wahania tak pod względem chorobowości, jak i umieralności. Długość jednej fali szacują *Gottstein* i Br. *Lange* na okres 150—300 lat i śmiertelność w r. 1700 i w r. 1900 w krajach europejskich była mniej więcej na jednym poziomie. Naturalny spadek śmiertelności zaznaczył się w większości krajów już przed wprowadzeniem systematycznych metod zwalczania gruźlicy.

Jeżeli pierwszym głównym zjawiskiem w epidemiologii gruźlicy jest fakt nabytej rezystencji epidemicznej ludności — po początkowej katastrofalnej pierwszej fazie zarazy — to drugi ważny fenomen stanowi fakt, że przebycie pierwotnego zakażenia gruźliczego dostarcza danemu osobnikowi odporności przeciw nowemu zakażeniu, co się zewnętrznie objawia nabyciem alergii.

Pod wpływem współczesnych zabiegów zapobiegawczych i leczniczych, statystyki ostatnich 20 lat stwierdzają znaczny spadek śmiertelności w gruźlicy do 0.8‰, a więc 3-krotny spadek w porównaniu sprzed 30—60 lat.Stwierdzenie tego faktu stanowi jednak „niebezpieczną dla wypoczynku poduszkę". Wskazuje to bowiem, że wchodzimy w nową, w trzecią fazę epidemiczną gruźlicy, która nosi podobieństwo z pierwszą fazą dziewiczą przez coraz to obniżający się wskaźnik epidemiczny. Przeciętny wiek pierwszego zakażenia gruźlicą przypada dziś przeciętnie na 18 rok życia, gdy przed 20—30 latami dodatni odczyn Pirqueta u młodzieńca 18-letniego należał do reguły — dziś stanowi on raczej wyjątek. Wzmożone śledzenie przypadków gruźlicy otwartej zmniejszyło wprawdzie ilościowo źródła zakażenia, ale niemniej każdy osobnik z gruźlicą otwartą stał się dla swojego otoczenia bardziej niebezpieczny, niż dawniej, bo otoczenie to stało się bardziej dziewicze pod względem gruźlicy. Gdy dawniej przed 20—30 latami osobnik z otwartą gruźlicą mógł zarazić 10—15% w swoim otoczeniu, bo prawie wszyscy już w dzieciństwie ulegli byli zakażeniu, to dziś może taki osobnik zarazić 40—60% w swoim otoczeniu.

Idealne rozwiązanie piętrzących się problemów racjonalnego zwalczania gruźlicy dałoby się przeprowadzić przez 1) udoskonalenie leczenia gruźlicy, 2) przez postępującą eliminację wszystkich osobników z otwartą gruźlicą i tym samym odkażenie terenu, 3) przez ochronę osobników z ujemnym odczynem tuberkulinowym zapomocą niewinnego, czynnego uodpornienia.

Autor wypowiada opinię, że droga nakreślona przez *Calmette'a* i jego metoda uodparniania zapomocą szczepionki B. C. G. zasługuje na dalsze doświadczenia i na poparcie ze strony władz państwowych. Mamy dowody na to, że szczepienie B. C. G. wpływa korzystnie na łagodny przebieg pierwotnego zakażenia (sztucznego), nie mamy dostatecznych dowodów na to, że szczepienie B. C. G. jest także w możności wpływać korzystnie na przebieg drugiego i trzeciego okresu gruźlicy. Odpowiedź na to pytanie będziemy mieli dopiero po kilkudziesięciu latach.

Wł. Mikułowski.

W. E. GYE, R. J. LUDFORD AND HILDA BARLOW.

O czynniku H_{11} hamującym wzrost nowotworów

British Medical Journal, 1943, July 17, 65.

H_{11} to wyciąg z moczu, zawierający — zdaniem odkrywców — czynniki przeciwwzrostowe posiadające właściwości powstrzymywania rozwoju raka. Thompson i współpracownicy w roku 1941 opracowali metodę sporządzania i standaryzacji H_{11} na zasadzie wpływu „przeciwwzrostowego czynnika", działającego hamująco na rozwój owsa. W roku 1943 ogłosili, że pewne frakcje moczu przyspieszają wzrost nowotworów. Mocz jest frakcjonowany za pomocą strącania solami miedzi. Strąty poddane są działaniu rozcieńczonego kwasu solnego, z czego powstaje substancja smołowata, częściowo rozpuszczalna w NaOH. Część rozpuszczalna w ługach przyspiesza wzrost. Wydaje się, że po usunięciu frakcji wzmagającej wzrost, pozostałość zawiera zwiększoną ilość czynnika hamującego wzrost. Ulepszony wyciąg nazwano 80 K.

Autorzy nie zamierzają poddawać dyskusji zagadnienia przyspieszania względnie hamowania wzrostu w odniesieniu do problemu raka. Pragną jedynie wykazać, czy H_{11} względnie inne przetwory uzyskiwane z moczu przy pomocy strącania solami miedzi wpływają na szybkość rozwoju komórek rakowych. W dalszym ciągu podają metodykę badań. Posługują się myszami, którym sztucznie zaszczepiono nowotwory oraz hodowlami tkanek nowotworowych. W wyniku swych doświadczeń dochodzą do wniosków negatywnych. Nie spostrzegając różnicy we wzroście nowotworów tak u zwierząt leczonych, jak i nieleczonych oraz w doświadczeniach na hodowlach tkanek dochodzą do wniosku, że H_{11} nie zawiera czynnika hamującego wzrost guzów nowotworowych.

Aleksandrowicz.

Leczenie wola toksycznego

Dyskusja w sekcji endokrynologii Royal Soc. of. Med. 26. III. 1947 Br. M. J. 1947, 4051, 500—501.

J. E. *Piersy:* Poprzednie leczenie thiouracylem, jeśli wkońcu jest konieczny zabieg operacyjny, utrudnia ten zabieg technicznie wobec zwiększenia unaczynienia tarczycy. Trudności rozpoznawcze dawał typ nodularny, w którym często spotyka się migotanie przedsionków. Uwagi wymagają też przypadki z zaburzeniami psychicznymi. Na ogół zabieg operacyjny przywracał zdolność do pracy nawet w bardzo wyczerpującym zawodzie pielęgniarek. Leczenie operacyjne daje szybsze wyniki, niż leczenie thiouracylem przy nie większej śmiertelności.

W. R. *Trotter:* Chorzy wolą leczenie zachowawcze, ale z drugiej strony wolą zabieg operacyjny, niż konieczność stałego przebywania pod kontrolą lekarską, czego wymaga leczenie thiouracylem, który zresztą nie zmniejsza wola, jak i wytrzeszczu.

Nawroty po leczeniu thiouracylem są częste. Z objawów toksycznych należy podnieść zmiany skórne, gorączkę i leukopenię. W 18% przypadków nasilenie tych objawów zmusiło do przerwania leczenia. Agranulocytoza jest bardzo niebezpieczna ze względu na nagły początek. Zabieg operacyjny jest mało niebezpieczny, ale tylko, jeśli wykona go doświadczony w tym względzie chirurg.

J. Frydman.

S. A. PODOLSKA

O młodzieńczych postaciach choroby wrzodowej żołądka.

(Sow. Med. 1945, 10—11, S. 5—6).

Przytaczając dwie historie choroby chorych lat 18 i 14 ze zwężeniem dwunastnicy, względnie odźwiernika, autorka dochodzi do następujących wniosków:

1. Choroba wrzodowa może wystąpić nawet we wczesnym dzieciństwie (u jednego z chorych w wieku 3 lat).
2. Wrzody młodzieńcze należy uważać za skutek skazy wrzodowej i dlatego należy zwrócić szczególną uwagę na dzieci z takich rodzin, gdzie występuje choroba wrzodowa, czy inne schorzenia żołądka.
3. Należy zwrócić uwagę na podobieństwo objawów choroby wrzodowej do innych schorzeń (glisty, zapalenie wyrostka robaczkowego itp.).
4. Większa częstość choroby wrzodowej podczas wojny w szeregu przypadków była skutkiem ujawnienia się wrzodów młodzieńczych wskutek czynników emocjonalnych, związanych z wojną.

J. Frydman.

Ch. HARDWICK i A. W. BADENOCH

Rola jednostronnego schorzenia nerki w nadciśnieniu

Br. M. J. 1947, 4496, 293—296.

Autorzy przytaczają trzy operowane przypadki jednostronnego schorzenia nerek przy jednoczesnym nadciśnieniu. W jednym chodziło o duży kamień w miedniczce nerkowej. Usunięciu tego kamienia na drodze operacyjnej towarzyszyło obniżenie ciśnienia krwi zbyt małe, by można było wykluczyć wpływ samego odpoczynku w związku z zabiegiem. W drugim natomiast przypadku usunięcie hipoplastycznej nerki spowodowało gwałtowny, trwały spadek ciśnienia krwi z $^{260}/_{180}$ mm Hg do normy. Wreszcie w ostatnim przypadku podczas zabiegu operacyjnego stwierdzono agenezę nerki, zabieg był więc bezskuteczny.

Autorzy dochodzą do wniosku, że — aczkolwiek nie często — jednostronne schorzenia nerek mogą być przyczyną nadciśnienia i należy je leczyć w myśl zasad urologicznych, nie licząc się z wysokością ciśnienia krwi, ani ze schorzeniem narządu krążenia. Czasem taki zabieg może sprawić ulgę, a nawet wyleczyć — zdawałoby się — w beznadziejnym wypadku. *J. Frydman.*

W. NEVILLE MASCALL

Penicylina w rzeżączce kobiecej.

The Lancet No 6429—16 November 1946.

Autor jest zdania, że w przeszłości małą zwracano uwagę na rzeżączkę kobiecą tak, jak na to zasługuje z punktu widzenia lekarskiego ze względu na to, że jest wyniszczającą dolegliwością z daleko sięgającymi konsekwencjami.

Thomson w r. 1923 powiedział o rzeżączce kobiecej, które to powiedzenie jest wciąż jeszcze aktualne, że dopóki leczenie rzeżączki ostrej i ukrytej u kobiety nie będzie poważnie podjęte przez zawód lekarski, tak długo gonokok będzie odpowiedzialny, jak niektórzy autorzy podają, nawet w 50% za schorzenia jajowodów, jajników i miednicy, które się widuje na salach ginekologicznych i za różne przewlekłe niedomagania, na które cierpią nieraz latami kobiety.

Odkrycie penicyliny jest dużym postępem w leczeniu rzeżączki kobiecej, lecz według autora istnieje duży optymizm co do skuteczności tego środka w rzeżączce kobiecej, którego powodem są z jednej strony entuzjastyczne początkowe doniesienia, z drugiej strony duży procent kobiet leczonych penicyliną nie przychodzi do badań kontrolnych w dostatecznej ilości i przez odpowiednio długi czas.

Autor cytuje przykłady optymistycznego poglądu na wyleczalność rzeżączki kobiecej po wyleczeniu penicyliną: *Marschall* (1945) podaje 90% wyleczeń niepowikłanej, sulfonamidoodpornej rzeżączki przy dawce 100.000 jednostek w 4—5 zastrzykach podanej w czasie od 8—12 h. Następnie autor przytacza okólnik Min. Zdrowia, który podaje 90% wyleczeń przypadków ostrej rzeżączki po pojedynczym zastrzyku 200.000 jednostek penicyliny w oleju. Dalej *Wilcox* (1946) podczas swojej wizyty w U. S. A. słyszał często zdanie, że rzeżączka już została zwalczoną. Te jednak optymistyczne wysokie cyfry procentowych wyleczeń są zdaniem autora nieprawdziwe, a pochodzą stąd, że przypadki nie były dokładnie przez dłuższy czas kontrolowane.

Wreszcie przytacza autor przykład sulfonamidów, z którego możemy nauczyć się ostrożności. Początkowo niektórzy autorzy tacy, jak *Cokkinis* (1939) podawali, że 77% przypadków rzeżączki leczonej sulfonamidami w drugim tygodniu zakażenia było wyleczonych. *King* (1939) utrzymuje, że w 90% z 300 przypadków rzeżączki objawy zniknęły w krótszym czasie niż trzy tygodnie, *Laird* (1942) podaje, że w 764 przypadkach rzeżączki uzyskał przy pomocy sulfonamidów 81—91% wyleczeń. Wkrótce *Campbell* (1944) podał, że na Sycylii i we Włoszech sulfonamidy były od początku mało skuteczne, procent wyleczeń spadł do 20%, a przy najlepszych warunkach nie wynosił więcej niż 45%.

Autor nawoływał w swoim czasie, że stosowanie sulfonamidów w mniejszych niedomaganiach doprowadzi do zmniejszenia skuteczności tych leków i autor odnosi wrażenie, że z penicyliną powtórzy się historia tak, jak z sulfonamidami, ponieważ jego wyniki lecznicze z penicyliną przy rzeżączce u kobiet są mniej pomyślne.

Autor podaje analizę 39 wypadków nie wybranych rzeżączki u kobiet, które ostatnio były obserwowane w klinice miejskiej.

A n a l i z a p r z y p a d k ó w

Wszystkich przypadków obserwowanych rzeżączki kobiecej było 39.

W 12 przypadkach z tych 39 było równocześnie zakażenie rzeżączką i kiłą. W tych 12 przypadkach z powodu równoczesnego zakażenia kiłą podano 2,400.000 jednostek penicyliny w podzielonych dawkach (60 zastrzyków po 40,000 jednostek każdy w odstępach co 3 godziny). Z tych 5 pacjentek wykazywało po skończonym tym leczeniu objawy czynnej rzeżączki, w jednym z tych przypadków zastosowano dodatkowo 200,000 jednostek penicyliny w oleju arachidowym i wosku pszczelnym i mimo to w cewce znaleziono gramo-ujemne diplokoki. W 7 z tych przypadków nastąpiło wyleczenie.

Następne 3 przypadki były to dziewczynki z zapaleniem sromu i pochwy. W dwóch z tych trzech przypadkach podano po 150.000 jednostek penicyliny w podzielonych dawkach, a w trzecim przypadku podano 200,000 jednostek penicyliny w oleju w pojedyńczej iniekcji. We wszystkich trzech przypadkach znaleziono pojedyńcze gramo-ujemne diplokoki. Jeden z tych przypadków jest wyjątkowo interesujący. Było to dziecko 4-letnie, które początkowo otrzymało 16 g sulfathiazolu, po czym nastąpił nawrót. Wtedy zastosowano 150,000 jednostek penicyliny w podzielonych dawkach. Po tym leczeniu znaleziono znowu gramo-ujemne diplokoki. Wtedy zastosowano 300,000 jednostek penicyliny w podzielonych dawkach i po tym leczeniu nastąpił nawrót. Podano pojedyńczą iniekcję 250,000 jednostek penicyliny w oleju arachidowym i wosku i nastąpił znowu nawrót. Dopiero po podaniu sulfadiazyny i menformonu nastąpiło wyleczenie.

W następnych 2 przypadkach z pozostałych 24 przypadków podano 300.000 jednostek penicyliny w podzielonych dawkach i w obu tych przypadkach nastąpił nawrót.

W następnych 4 przypadkach z pozostałych 22 przypadków podano 150,000 jednostek penicyliny (wodnej) w podzielonych dawkach. W 3 z tych 4 przypadkach — recydywa, tylko w jednym nastąpiło wyleczenie. W jednym z tych 3 przypadków z recydywą podano 200.000 jednostek penicyliny w oleju, nastąpiła recydywa, wobec czego podano 300.000 jednostek penicyliny w oleju i mimo to po tym leczeniu znaleziono pozakomórkowe gramo-ujemne diplokoki.

W następnych 4 przypadkach z pozostałych 18 przypadków podano po 200.000 jednostek penicyliny w wodzie — w 3 z tych przypadków stwierdzono recydywę.

W następnych 13 przypadkach z pozostałych 14 przypadków podano po 200.000 jednostek penicyliny w oleju — w tym w 9 przypadkach stwierdzono pozakomórkowo leżące diplokoki, a z tych w jednym przypadku po penicylinie rozwinęło się gonokokowe zapalenie gruczołów Bartholiniego. W 4 przypadkach nastąpiło wyleczenie.

Wreszcie w ostatnim 39 przypadku po podaniu 150.000 jednostek penicyliny w oleju nastąpiło wyleczenie.

Używano następującego dawkowania penicyliny:

1) wielokrotne iniekcje roztworu wodnego — 5 dawek po 30.000 jedn. każda co 2 godziny — ogółem 150.000 jedn., albo 5 dawek po 60,000 jedn. co 2 godziny — ogółem 300.000 jedn.

2) Pojedyńcze iniekcje 200.000 jedn. w roztworze wodnym.

3) Pojedyńcza iniekcja 150.000—200.000 jedn. w oleju arachidowym i wosku pszczelnym.

4) Chorym z kiłą podawano 60 iniekcji po 40.000 jednostek każda co 3 godziny — ogółem 2.400.000 jedn.

Penicylinę trzymano w lodówce. Roztwór był świeżo przygotowywany dla każdej iniekcji. Strzykawki były

ylizowane przez gotowanie, a antyseptyków nie użyto.

Przy badaniach kontrolnych po skończonym leczeniu nazy były brane z cewki moczowej i kanału szyjki icznej i barwione zmodyfikowanym sposobem Grama. Jako wynik dodatni uważano też gram-ujemne pozakomórkowe diplokoki pod wszystkimi innymi względanie rozpoznawalne morfologicznie od gonokoków.

Dla zaszczepienia kultur pobierano materiał z cewki zowej, z tylnego sklepienia pochwy, z kanału szyjki icznej i szczepiono na surowicę agarową.

Próbówka z pożywką była podgrzewana do 70° C cieplarce przed użyciem i była natychmiast włożona cieplarki po zaszczepieniu. Jeżeli się chce, aby gonoi dobrze się rozwijały, ta technika jest rzeczą bardzo na.

Dr T. Koniar

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

OSOBISTE:

Dr med. Aleksander *Goldschmied* uzyskał na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej veniam legendi z patologii i terapii szczegółowej chorób wewnętrznych.

RÓŻNE:

Dnia 30 kwietnia br. odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Dalsza dyskusja nad odczytem doc. Dra B. Skarżyńskiego pt.: Chemiczne związki rakotwórcze. — 2) Dr J. Aleksandrowicz: Najnowsze sposoby leczenia chorób układu krwiotwórczego (odczyt).

Dnia 7 maja br. odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Prof. Dr E. Brzezicki, Dr R. Arend i Dr M. Jarema: Pokazy i omówienia przypadków choroby Westphal-Strümplla i choroby Wilsona. — 2) Prof. Dr J. Rutkowski (Prof. Uniw. w Łodzi): Najnowsze zdobycze w dziedzinie przetaczania krwi (odczyt).

Dnia 14 maja br. odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Lek. T. Małecki: Peri-artheriitis nodosa (pokaz preparatów). — 2. Dr A. Kuński: O chirurgicznym leczeniu bólu (odczyt).

Dnia 21 maja br. odbyło się w lokalu Filmu Polskiego, Garncarska 1, zwyczajne posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego. W programie pokaz filmów, nadesłanych przez British Council: 1) Chirurgiczne zabiegi ratownicze przy zatrzymaniu akcji serca w czasie narkozy. 2) Lobektomia płucna.

Dnia 28 maja br. odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Dr S. Nowak: Uszkodzenie namiotu móżdżku przy porodzie spontanicznym (pokaz). — 2) Dr J. Marcinek: Macica podwójna z krwiakiem lewostronnym (pokaz). — 3) Dr St Schwarz: Niepłodność i jej leczenie w świetle najnowszych poglądów (odczyt).

W roku bieżącym mija setna rocznica urodzin Marcelego N e n c k i e g o (1847—1901). W związku z tym Schweizerische Mediz. Woch. poświęca w Nrze 14. 1947 z dnia 5 kwietnia M. N e n c k i e m u obszerne wspomnienie.

Prof. E. *Glanzmann* (Berno szwajc.) został członkiem korespondentem Société de Pédiatrie w Paryżu.

Prof. A. Szent-Györgyi, znany biochemik węgierski laureat nagrody Nobla, przebywał ostatnio w Szwajcarii z wykładami na temat biochemii skurczu mięśni.

Académie de Médecine w Paryżu zmieniła nazwę na Académie nationale de Médecine.

New Yorker Academy of Medicine obchodziła niedawno 100-lecie swego założenia. W czasie uroczystości wygłosił prof. J. A. Ryle wykład pt. „Patologia społeczna i nowa era w medycynie".

W czasie okupacji Francji (1940—1944) było zgłoszonych 500 przypadków botulismus. Produktem zakażonym okazało się głównie mięso wieprzowe. Śmiertelność była niska, poniżej 2%.

W latach 1943—45 zanotowano w Indiach wśród żołnierzy 1073 przypadki sprue. Najczęstszym objawem obok stomatitis angularis, cheilosis, zmian skórnych była glossitis, występująca w 90%.

Dotychczas zaszczepiono ponad 2 miliony dzieci szczepionką BCG. Do r. 1944 w Nowym Yorku zaszczepiono 1011 dzieci przed 12 miesiącem.

Otwarcie Wydziału Farmaceutycznego w Akademii Lekarskiej w Gdańsku odbyło się dnia 4 maja 1947 r. w Auli Gmachu Wydziału.

Ogólnopolski Zjazd Kół Medyków powziął uchwały, dotyczące reformy studiów lekarskich i uchwalił wysłać następujące memoriały do Władz:

I.

Do

Ministerstwa Oświaty, Ministerstwa Zdrowia i Dziekanatów Wydziałów Lekarskich Uniwersytetów Polskich.

Ogólnopolski Zjazd Kół Medyków wszystkich Wydziałów Lekarskich i Stomatologicznych w Polsce, obradujący w Łodzi w dniach 13 do 15 lutego 1947 r. po wysłuchaniu referatu na temat „Reforma studiów lekarskich w świetle doświadczeń wojennych i przedwojennych" oraz po przeprowadzeniu wyczerpującej dyskusji na powyższy temat, powziął następujące rezolucje:

Zjazd stwierdza, że obecny system studiów lekarskich nie daje możności dostatecznego przygotowania do natychmiastowego podjęcia pracy lekarskiej po ukończeniu studiów. Wady obecnego systemu dadzą się ująć w następujące zasadnicze punkty:

1. Zbyt mała ilość ćwiczeń praktycznych przy przeciążeniu wykładami.
2. Nauczanie kilku przedmiotów jednocześnie, co zwłaszcza utrudnia studia w okresie klinicznym.
3. Zbyt rzadkie sprawdzanie nabytych wiadomości w trakcie studiów.

Najważniejsze błędy układu programu poszczególnych lat są następujące:

nadmierne przeciążenie teorią pierwszych lat medycyny, zwłaszcza tymi działami fizyki i chemii nieorganicznej, które dałoby się przerzucić na egzamin wstępny;

przewaga morfologii nad fizjologią w programie pierwszych dwóch lat;

brak kontaktu z żywym człowiekiem od początku studiów lekarskich: ze zdrowym na nauce anatomii, z chorym w postaci nauki pielęgniarstwa;

dysproporcja pomiędzy czasem studiów przedklinicznych a klinicznych;

brak egzaminów promocyjnych po roku III i IV;

przeciążenie po absolutorium tymi egzaminami, które winny być zdane natychmiast po ukończeniu kursu danego przedmiotu.

Opierając się na wypowiedziach uczonych pedagogów i lekarzy oraz na doświadczeniach zwłaszcza z okresu tajnego nauczania, Zjazd wysuwa następujące postulaty, prosząc Komisję do spraw reformy studiów lekarskich o rozpatrzenie ich i uwzględnienie w ostatecznym opracowaniu projektu reformy:

1) Domagamy się upraktycznienia studiów przez znaczne zwiększenie ilości ćwiczeń i praktyk klinicznych, a ograniczenie ilości wykładów. Wykłady przy tym winny zmienić charakter z systematycznych na wprowadzające i wyjaśniające. Wykłady systematyczne, obejmujące całość kursu danego przedmiotu, byłyby zastąpione przez nowoczesne podręczniki i skrypty, których przygotowanie winno być moralnym obowiązkiem każdego pedagoga.

2) Opierając się na doświadczeniach z tajnego nauczania, uważamy system koncentracji przedmiotów za najpraktyczniejszy i umożliwiający najgruntowniejsze, a zarazem szybkie opanowanie materiału. Przy tym na wyższych latach konieczne jest odrabianie klinik jednej po drugiej z tym, że ze względu na wyjątkową ważność interny i chirurgii z przedmiotami tymi zapoznać się należy już na roku III. i IV., chociaż kliniki zasadnicze byłyby na roku V. Na niższych latach łączyć trzeba przedmioty w grupy pokrewne. Konieczny w tym systemie jest podział na semestry, trwające po 20 tygodni, co pozwoli zmieścić obszerny program medycyny, zwłaszcza okresu klinicznego w obecnej ilości lat. Aby móc wprowadzić ten system w życie, konieczne jest znaczne zwiększenie etatów asystenckich, rozbudowanie pracowni i klinik oraz wciągnięcie do pracy szkoleniowej szpitali w miastach uniwersyteckich.

3) Egzaminy kliniczne winniśmy mieć prawo zdawać natychmiast po ukończeniu danego przedmiotu, przy tym winny być wprowadzone obowiązkowe colloquia i egzaminy promocyjne na wszystkich latach.

Nie ustalając szczegółowego rozkładu studiów, pragniemy tylko poddać niektóre ważniejsze punkty:

przesunięcie części fizyki i chemii nieorganicznej na egzamin wstępny;

ograniczenie przedmiotów morfologicznych do I. roku;

wprowadzenie pielęgniarstwa, począwszy od I. roku;

przeniesienie części przedmiotów przedklinicznych (mikrobiologia, patologia ogólna) z roku III, na rok II.;

takie rozmieszczenie przedmiotów klinicznych, aby na V. roku pozostały już tylko cztery podstawowe kliniki: interna, chirurgia, położnictwo i pediatria, przy czym konieczne jest wprowadzenie obowiązkowej praktyki ze stomatologii oraz w ramach interny na specjalnym oddziale gruźliczym

Wysuwając powyższe postulaty, prosimy równocześnie o dopuszczenie delegatów młodzieży, wyłonionych przez Ogólnolpolski Związek Akademickich Stowarzyszeń Medycznych do obrad Komisji do spraw reformy studiów lekarskich.

II.

Do

Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Oświaty i Dziekanatów Wydziałów Lekarskich Uniwersytetów w Polsce.

Ogólnopolski Zjazd Kół Medyków przedstawił swój pogląd na reformę studiów lekarskich. Dopóki jednak reforma studiów nie zostanie przeprowadzona, wysuwamy następujące postulaty, które winny być zrealizowane w miarę możliwości już w bieżącym roku akademickim:

1) Na wszystkich uczelniach winien być wprowadzony jednolity program nauczania obowiązkowych przedmiotów dla poszczególnych lat.
2) Konieczne jest znaczne zwiększenie etatów asystenckich i funduszów na prowadzenie zakładów naukowych i pracowni
3) Jedyną podstawą do przyjęcia na medycynę i stomatologię winien być egzamin wstępny, obowiązujący wszystkich kandydatów, więc zarówno posiadających maturę, jak i kończących tzw. rok wstępny.
4) Wprowadzić należy obowiązkowe praktyki wakacyjne dostosowane do programu poszczególnych lat. Trwać one winny nie dłużej niż 6 tygodni rocznie (przy obecnym systemie 3-miesięcznych wakacji), z pozostawieniem swobody wyboru miejsca.
5) Winno umożliwić się zdawanie wszystkich egzaminów bezpośrednio po ukończeniu kursu danego przedmiotu.
6) Zdawanie egzaminów dyplomowych po absolutorium nie powinno być ograniczone kolejnością, ani ścisłymi terminami.
7) Studenci stomatologii proszą równocześnie o zmianę tytułu lekarza dentysty na lekarza stomatologa, o nieobniżanie wymagań programu studiów stomatologicznych oraz o niedawanie technikom dentystycznym równych praw z lekarzami dentystami, wpłynęłoby to bowiem wydatnie na obniżenie wartości studiów stomatologicznych.

Pod naukowym kierownictwem Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie Wojewódzki Wydział Zdrowia i Wojewódzki Urząd W. F. i P. W. organizują w porozumieniu z Zarządem Głównym Stowarzyszenia Lekarzy Sportowych w Warszawie 6-tygodniowy kurs dla lekarzy sportowych w dniach od 4 maja do 15 czerwca b. r., który obejmie zagadnienia poradnictwa sportowo-lekarskiego ze szczególnym uwzględnieniem traumatologii sportowej i organizacji opieki sportowo-lekarskiej.

Celem kursu jest zapoznanie lekarzy uprawiających sport z organizacją poradnictwa sportowo-lekarskiego oraz przygotowanie ich do samodzielnego prowadzenia w klubach i organizacjach sportowych opieki sportowo-lekarskiej.

W kursie weźmie udział 14 wykładowców i 4 trenerów Związków Sportowych: PZLA, PZPR, PZB, PZP, PZPN.

Łaskawy udział w wykładach objęli pp. Dziekanowie: prof. dr Tadeusz Kielanowski, prof. dr Jan Mydlarski, profesorowie i asystenci UMSC: prof. Ryll-Nardzewski, prof. dr Świtek, doc. dr Goldschmied, wiceprzewodniczący Woj. Rady W. F. i P. W. wizytator J. Maź, dyr. Woj. Urz. W. F. i P. W. H. Gerłowski, delegaci Związków Sportowych i inni.

Referaty wygłoszone na tym kursie oraz toki lekcyjne ćwiczeń i zapraw zebrane będą i wydane drukiem jako wspólny dorobek zespołu wykładowców oraz służyć będą jako materiał do organizowania przyszłych podobnych kursów, a nawet będą miarą projektów pod stworzenie w przyszłości Studium W. F. przy UMCS w Lublinie.

Wspomniany kurs jest pierwszym tego rodzaju na terenie województwa lubelskiego, a drugim w Polsce, bowiem w ub. roku odbył się podobny, jednakże dwutygodniowy, w Krakowie.

Uchwała

Komisji Podręcznikowej Rady Naukowej Lekarskiego Instytutu Naukowo - Wydawniczego z dnia 22 maja 1947 roku.

Wobec braku dostatecznej ilości papieru oraz przeciążenia zakładów drukarskich należy obecnie unikać równoczesnego podejmowania kilku wydawnictw w zakresie tego samego przedmiotu o poziomie podobnym i jednakowym przeznaczeniu.

Z tych względów Komisja Podręcznikowa Rady Naukowej Instytutu zaleca autorom porozumiewanie się z Lekarskim Instytutem Naukowo-Wydawniczym przed rozpoczęciem prac nad rękopisem oraz o nadsyłanie wiadomości o wszystkich zamierzonych pracach lub przygotowanych do druku.

Taki tryb postępowania przyczyni się do skoordynowania i uporządkowania spraw wydawnictw lekarskich w zasięgu ogólno-krajowym, nie krępując zbytnio zamiarów i wysiłków twórczych pracowników umysłowych, a co ważniejsze chroniąc autorów przed odmową Instytutu ogłoszenia pracy drukiem.

Uchwała Komisji ma na celu poinformowanie autorów o sytuacji obecnej na polu

ydawniczym, która zmusza zarówno auto-
ów, jak i wydawców do planowej działal-
ości twórczej i wydawniczej, w ramach real-
ych potrzeb naukowych i możliwości tech-
icznych.

KOMUNIKAT

Zarząd Główny Stowarzyszenia Lekarzy portowych organizuje w Warszawie w po-ozumieniu z Ministerstwem Zdrowia kurs zakresu medycyny sportowej dla lekarzy dniach od 1 do 15 lipca b. r.

Uczestnicy kursu korzystają z bezpłatnego akwaterowania i wyżywienia. Liczba uczest-ików ograniczona.

Zgłoszenia należy kierować pod adresem:)r Kuligowska Stefania, Warszawa, Daszyń-kiego 22.

Program wykładów:

1) Historia medycyny sportowej — 2 godz.)r Kuligowska Stefania. — 2) Biologiczne odstawy ćwiczeń fizycznych i krytyczny rzegląd systemów W. F. — 6 godz. Dr Gile-icz. — 3) Wpływ ćwiczeń sportowych na kład krążenia u sportowców — 10 godz. oc. Dr W. Sidorowicz. — 4) Fizjolo-a wysiłku mięśniowego. Narząd oddycha-ia a wysiłek sportowy — 8 godz. doc. Dr Si-orowicz. — 5) Sport ze stanowiska higieny sychicznej — 2 godz. Dr Kaczanowski. — Rola sportu w medycynie szkolnej — 8 odz. Dr Werko. — 7) Teoretyczne podstawy oszczególnych dyscyplin sportowych — 10 odz. instr. Worończyk. — 8) Chirurgia ura-ów sportowych — 12 godz. Dr Stanisław To-arski. — 9) Masaż sportowy — 6 godz. Dr ndrzej Michalski. — 10) Rola skóry w spor-e — 2 godz. Dr Kozłowski. — 11) Lekarskie skazania i przeciwwskazania do uprawia-a ćwiczeń sportowych — 6 godz. doc. Dr dorowicz. — 12) Organizacja W. F. w Pol-e — 1 godz. Dr Silewicz. — 13) Praca w po-adni sportowo-lek. Ćwiczenia praktyczne chirurgii sportowej — YMCA i poradnia portowo-chir. — 14 godz. Dr Stanisław To-arski, Dr Andrzej Michalski. — 14) Porad-a sportowo-lek. w publicznej służbie zdro-ia — 2 godz. Dr Gosiewski. — 15) Sport na si — 1 godz. Dr Kazimierz Maciukiewicz.) Zadania lekarza klubowego — 2 godz. Dr . Zajączkowski, Dr Wacław Kafliński. —) Sport i wychowanie fizyczno-prakt. — godz. prof. Z. Orłowicz. — 18) Zasady tre-ngu sportowego — 4 godz. doc. Dr W. Si-orowicz. — 19) Niewydolność stopy w spor-e — 2 godz. Dr Łukasik.

W czasie od 31. III.—3. IV. br. włącznie olski Związek dla zwalczania astmy i in-ych schorzeń alergicznych urządził kurs dla karzy z zakresu alergii dróg oddechowych szczególnym uwzględnieniem dychawicy oskrzelowej. Wykłady odbywały się w sali wykładowej Kliniki Dermatol. Uniw. Jag. w Krakowie, ul. Kopernika 17. Opłata za kurs wynosiła 1.000 zł. Zgłoszenia na kurs przesyłano do dnia 15 marca br. pod adre-sem: Szef Sanitarny Okręgu P. C. K. w Kra-kowie, ul. Pierackiego 19, Dr Karol Wenzel.

Statystyki chorobowe wskazują na stały wzrost chorób alergicznych. Dane statystycz-ne podane przez Klinikę skórną U. J. w Kra-kowie oceniają ilość chorych alergicznych w Polsce na 600 tysięcy, a wśród tych bar-dzo duży procent cierpi na dychawicę oskrze-lową, powodującą często zupełną niezdolność do pracy.

Na skutek powyższego dychawica oskrze-lowa urasta do rozmiarów klęski społecznej, która dotyka nie tylko mieszkańców miast, ale i lud wiejski.

Na skutek powyższego Okręg Krakowski P. C. K. wspólnie ze Związkiem dla zwal-czania astmy urządził w Krakowie kurs prze-ciwastmatyczny dla lekarzy, celem zazna-jomienia ich z najnowszymi zdobyczami wie-dzy lekarskiej, zmierzającej do zwalczania i leczenia astmy.

Kurs, nad którym objął protektorat Jego Magnificencja rektor U. J. prof. dr Walter Franciszek, odbył się w sali wykładowej Kliniki skórno-wenerycznej U. J.

Pierwszeństwo mieli lekarze PCK, skie-rowani przez Szefów Sanitarnych Okręgów, predysponowani na kierowników przychodni przeciwastmatycznej.

Materiał wykładany na kursie, który był połączony z zajęciami praktycznymi, o ile na to warunki pozwolą, zostanie ujęty w formę drukowanych szczegółowych spra-wozdań, które będą mogli uczestnicy kursu nabyć.

Program kursu obejmował:

1) Otwarcie Zjazdu i słowo wstępne wy-głosił Jego Magnificencja Rektor U. J. Prof. Dr Walter Franciszek; 2) Anafilaksja — Dr B. Giędosz; 3) O alergii i diagnostyce cho-rób alergicznych — Docent Dr Obtułowicz Mieczysław; 3) Anatomia i fizjologia oddy-chania — Prof. Dr Szabuniewicz Bożydar; 4) Rhinitis allergica — Prof. Dr Miodoński Jan; 5) Patologia i immunologia astmy — Do-cent Dr Obtułowicz Mieczysław; 6) Testy w astmie oskrzelowej — Docent Dr Obtuło-wicz Mieczysław; 7) Czynniki predystynu-jące allergeny wdychane — docent Dr Ob-tułowicz Mieczysław; 8) Rola pokarmów w astmie — Asyst. Klin. Pediatr. Dr Nowak Tadeusz; 9) Rhinologia w astmie — Prof. Dr Miodoński Jan; 10) Czynniki psychiczne i układ wegetatywny — Dr Jarema i Dr Pa-szkowski Stan.; 11) Doc. Dr T. Korzybski — Rola histaminy w alergii; 12) Astma u dzieci i bronchitis asthmatica — Asyst. U. J.

Dr Pochopień Franc.; 13) Leczenie astmy — Doc. Dr Obtułowicz Mieczysław; 14) Różniczkowanie i powikłania astmy z dychawicą sercową — Docent Dr Kubiczek Mieczysław; 15) Nieżyt pyłkowy (katar sienny) — Prof. Dr Miodoński Jan; 16) Balneologia i klimatologia astmy — Prof. Dr Sabatowski A.; 17) Leczenie sanatoryjne astmy — Dyr. Sanat. PCK w Szczawnicy Dr Werner Artur; 18) Dane statystyczne dla astmy.

Cały program został zmieszczony w 4 dniach (po 6 godzin dziennie).

Wydział Szpitalnictwa Resortu Zdrowia
i Opieki Społecznej w Warszawie

poszukuje

1) 2 lekarzy specjalistów na stanowiska kierowników pracowni rentgenologicznych.
2) 2 lekarzy fizjologów na stanowiska asystentów Oddziału Gruźliczego.
3) 2 lekarzy urologów na stanowiska asystentów Oddziału Urologicznego.

Warunki według norm przewidzianych dla lekarzy w szpitalach miejskich m. st. Warszawy. Zgłoszenia: Wydział Szpitalnictwa Resortu Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszwa, ul. Bagatela 10, z podaniem życiorysu i przebiegu dotychczasowej pracy.

KONKURS

Ubezpieczalnia Społeczna w Białej Krakowskiej ogłasza konkurs na stanowisko lekarza asystenta w sanatorium przeciwgruźliczym dla dzieci w Andrychowie.

Do podania należy dołączyć życiorys oraz odpisy następujących dokumentów:

a) świadectwa obywatelstwa polskiego,
b) dyplomu lekarskiego,
c) świadectwa z odbytej praktyki lekarskiej.

Warunki pracy i płacy będą uregulowane umownie.

Podania należy składać w ciągu 14 dni od daty ogłoszenia konkursu.

Dyrekcja
Ubezpieczalni Społecznej
w Białej Krakowskiej

KONKURS

Ubezpieczalnia Społeczna w Białej Krakowskiej ogłasza konkurs na stanowisko lekarza domowego w Andrychowie miejscowości klimatycznej, położonej przy linii kolejowej Bielsko—Kraków z zatrudnieniem 5 godzin dziennie.

Wymagane warunki:

a) obywatelstwo polskie,
b) dyplom lekarski, uznany przez Państwo Polskie,
c) prawo wykonywania praktyki,
d) odbyta praktyka lekarska.

Wynagrodzenie według norm, obowiązujących w Ubezpieczalniach Społecznych.

Podania z odpisami dokumentów i z życiorysami należy składać w ciągu 14 dni od daty ogłoszenia konkursu.

Dyrekcja
Ubezpieczalni Społecznej
w Białej Krakowskiej

KONKURS

Zarząd miasta Zgierza ogłasza konkurs na stanowisko chirurga-ordynatora i internisty-ordynatora Szpitala Miejskiego w Zgierzu.

O stanowisko to ubiegać się mogą byli ordynatorowie oddziałów chirurgicznego i wewnętrznego lub też lekarze z co najmniej sześcioletnim stażem starszego asystenta dla chirurga i czteroletnim stażem asystenta dla dla internisty.

Wymagane:

a) świadectwo obywatelstwa polskiego.
b) dyplom lekarski
c) uprawnienie do wykonania praktyki lekarskiej,
d) dowód lojalności obywatelskiej.
e) świadectwa pracy szpitalnej.

Warunki płacy do omówienia.

Praktyka prywatna, oraz praca w Ubezpieczalni Społecznej dozwolona. Kandydaci proszeni są o składanie podań wraz z załącznikami na ręce Prezydenta m. Zgierza, ul. Długa Nr 32 do 20. V. 1947 r.

Lekarz miejski	Prezydent miasta
(—) Dr E. Perlicjusz	(—) K. Ostrowski

REDAKCJA OTRZYMAŁA:

Życie Nauki. T. II. Nr 11—12. 1946.
English Language Teaching. Vol. I. Nr 3. 1947.
Britain To-Day. Nr 131, 1947.
Britain To-Day. Nr 133. 1947.
Dr Henryk Dorski: Choroby zębów i ich leczenie. Księg. Powsz. Kraków 1947.
J. Aleksandrowicz: Z zagadnień współczesnej bioklimatyki lekarskiej. Odb. z „Wszechświata". Z. 3. 1946.
Doc. Dr W. *Tomaszewski:* Krótki Słownik Lekarski Angielsko-Polski. Edinburgh, E. a. S. Livingstone LTD. 1945.

KOMUNIKAT

Wydział Powiatowy w Radzyniu Podlaskim

ogłasza

KONKURS

na stanowiska:

1. Dyrektora Szpitala Powiatowego w Radzyniu Podlaskim.
2. Ordynatora Szpitala.

O stanowisko dyrektora ubiegać się mogą kandydaci, ze znajomością chirurgii i ginekologii, zaś na stanowisko ordynatora interniści o ile możności ze znajomością rentgenologii.

Uposażenie zasadnicze Dyrektora w/g VI grupy, Ordynatora w/g VII grupy dla pracowników państwowych. Inne dodatkowe warunki do omówienia.

Wolna praktyka.

Oferty należy składać do dnia 15 czerwca 1947 r. pod adresem Wydziału Powiatowego w Radzyniu — Podl. Województwo Lubelskie.

Przewodniczący Wydz. Pow.
Starosta
(T. Bocheński).

Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie poszukuje lekarzy chirurgów na stanowiska starszych i młodszych asystentów Oddziału chirurgicznego szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie. Kandydaci na powyższe stanowiska winni posiadać kwalifikacje odpowiadające normom ustalonym przez Naczelną Izbę Lekarską i Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Warunki pracy i płacy regulowane są miejscową umową zbiorową zawartą między Ubezpieczalnią Społeczną w Krakowie a Zw. Lekarzy Kas Chorych Koło Kraków w dniu 11. VI. 1945 r. i zarządzeniami Władz Nadzorczych, zawartymi w odnośnych okólnikach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Podania wraz z odpisem dyplomu lekarskiego, dowodem odbycia obowiązkowej praktyki szpitalnej, dowodem co najmniej 3-letniej pracy w danej specjalności, własnoręcznie napisanym życiorysem, należy przesyłać natychmiast do Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie, ul. Batorego 3.

Lekarz Naczelny: Dr M. Ciećkiewicz — Dyrektor: Dr K. Kropatsch

---

Szpital Miejski w Toruniu poszukuje:

1) Lekarzy asystentów na oddziały chirurgiczny i wewnętrzny. Warunki: 6.400 zł miesięcznie i mieszkanie oraz utrzymanie w szpitalu;

2) Lekarzy stażystów na wszystkie oddziały. Dla lekarzy stażystów pensja miesięczna 4.000 zł, mieszkanie i utrzymanie w szpitalu.

Wnioski składać do Dyrekcji Szpitala Toruń, ul. Przedzamcze 10.

Dyrektor Szpitali Miejskich
Dr med. Z. Dandelski

Ubezpieczalnia Społeczna w Piotrkowie Tryb. ogłasza

KONKURS

na następujące stanowiska:

1. Ordynatora i Kierownika Oddziału Chirurgicznego szpitala Ubezpieczalni Społecznej na 50 łóżek.
2. Asystenta tegoż szpitala.
3. Lekarza specjalisty ginekologa — na 2 godz. do szpitala własnego oraz na 3 godz. pracy ambulatoryjnej.
4. Lekarza specjalistę-pediatrę — z uposażeniem wg 3 godzin pracy dziennie.
5. Lekarza specjalistę-neurologa — z uposażeniem wg 2 godzin pracy dziennie.
6. Lekarza domowego — z uposażeniem wg 5 godzin pracy dziennie.
7. Lekarza dentysty — z uposażeniem wg 5 godzin pracy dziennie.
8. Mgr farmacji, prowizora lub pomocnika aptekarskiego do apteki własnej.
9. 2 pielęgniarki o pełnych kwalifikacjach — z uposażeniem wg VII grupy uposażeń służbowych.
10. 2 lekarzy domowych — z uposażeniem wg 5 godzin pracy dziennie dla Oddziału w Radomsku.
11. Lekarza-chirurga — z uposażeniem wg 3 godzin pracy dziennie dla Oddziału w Radomsku.
12. Lekarza specjalistę wenerologa — z uposażeniem wg 2 godzin pracy dziennie dla Oddziału w Radomsku.

Kandydaci na powyższe stanowiska winni dołączyć do podania następujące dokumenty:

1. metrykę urodzenia,
2. dowód obywatelstwa polskiego,
3. dyplom lekarski, dyplom magisterski,
4. dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej, aptekarskiej, pielęgniarskiej,
5. świadectwa z odbytej praktyki lekarskiej,
6. własnoręcznie napisany życiorys.
7. ponadto lekarze specjaliści winni złożyć świadectwo specjalności.

Ad 1) wymagany staż specjalistyczny i administracyjny.

Podania wraz z wyszczególnionymi dokumentami należy nadsyłać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Piotrkowie w terminie 1 miesiąca od dnia ogłoszenia z zaznaczeniem, na które stanowisko dany kandydat reflektuje.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalane przy zawieraniu umowy o pracę na zasadzie dobrowolnej umowy, umowy zbiorowej oraz odnośnych zarządzeń Min. Pr. i Op. Społ. i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Dyrekcja
Ubezpieczalni Społecznej
w Piotrkowie Tryb.

KONKURS

Ubezpieczalnia Społeczna w Grudziądzu ogłasza konkurs na następujące stanowiska:

1) Lekarza administracyjnego,
2) Lekarza-specjalisty rentgenologa, Kierownika Zakładu Rentgenowskiego.
3) Lekarza-specjalisty pediatry.
4) 2 lekarzy domowych.

Wynagrodzenie zgodnie z obowiązującymi stawkami. Stanowisko do objęcia od zaraz.

Podanie z własnoręcznie napisanym życiorysem i odpisami następujących dokumentów: dyplomu lekarskiego, dowodu prawa wykonywania praktyki lekarskiej i ew. świadectwa z poprzedniej pracy należy przesłać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Grudziądzu, ul. Wybickiego 30, w terminie do dnia 30. VI. 1947 r.

Lekarz Naczelny: (—) Dr Michałowicz

Dyrektor: (—) J. Pigułowski

Drukarnia Nr 3 Spółdzielni Wydawniczej „Wiedza" Kraków, Orzeszkowej 7. Telefon 566-53 —M — 199-77